

Rezepte für mehr Wettbewerb

Welche Wege die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl im September nehmen wird, ist derzeit nicht absehbar. Die Ziele und Konzepte der möglichen Protagonisten sind zu unterschiedlich, die Schnittmengen eher klein. Während die Parteien noch an ihren Programmen feilen, hat sich der AOK-Bundesverband bereits positioniert und seine Perspektiven für die Gesundheitspolitik dargelegt (AOK-Positionen zur Bundestagswahl 2009: „Gelungenes sichern, Herausforderungen anpacken“, siehe *Kasten Lese- und Webtips*). Aus Sicht der Gesundheitskasse muss es zunächst vor allem darum gehen, den Wettbewerb im Gesundheitswesen weiter auszubauen und die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stabilisieren.

Handlungsspielraum für die Kassen vergrößern. Der Staat setzt den Rahmen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Diesen Rahmen auszufüllen, ist Sache der Krankenkassen, Ärzte, Kliniken und anderen Leistungserbringer: Sie gestalten auf Grundlage von Einzelverträgen die Bedingungen der Gesundheitsversorgung. Der 1993 begonnene und insbesondere durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 ausgebauter Wettbewerb zur Stärkung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung muss weiter vorangetrieben werden.

Die AOK nimmt den Auftrag der Politik ernst, im Wettbewerb mit den anderen Krankenkassen eine auf ihre Versicherten zugeschnittene, bestmögliche Versorgung zu organisieren. Unter erheblichen Sparanstrengungen haben sich die AOKs der aus ihrer früheren Rolle als Primärkasse resultierenden Altlasten entledigt und sich rechtzeitig zum Start des Gesundheitsfonds schuldenfrei neu aufgestellt. Im Gegenzug erwarten wir vom Gesetzgeber, dass die wettbewerblichen Rahmenbe-

dingungen stimmen. Das sind zum einen die finanziellen Voraussetzungen, die sich im Zeichen der aktuellen Wirtschaftskrise deutlich gegenüber den Annahmen bei der Planung des Gesundheitsfonds verändert haben. Zum anderen sind das die Handlungs- und Entscheidungsspielräume, die die Kassen bei Abschluss von Selektivverträgen mit den Leistungserbringern brauchen, um ihre neue Rolle auch ausfüllen zu können. Die Politik muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen schaffen – unabhängig von den Einkommensstrukturen der Mitglieder.

Im Bereich des Versorgungsmanagements hat die AOK viel Know-how, das andere Kassen jetzt erst aufzubauen beginnen. Gute medizinische Versorgung zu günstigen Kosten sind für alle Kassen im Wettbewerb von zentraler Bedeutung. Wenn die Politik durch weitere Reformen in der nächsten

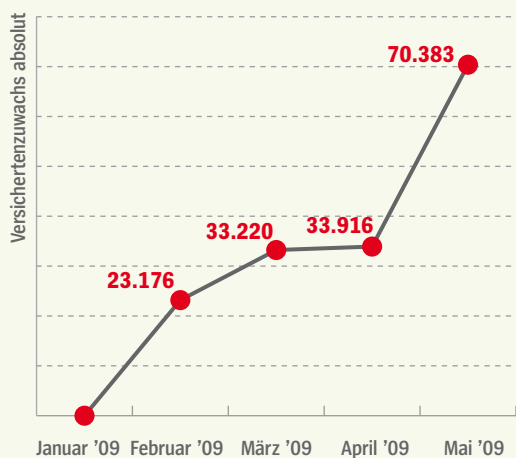
Lese- und Webtips

- www.aok-bv.de Homepage des AOK-Bundesverbandes
- www.reform-aktuell.de Informationen rund um die Gesundheitsreform, unter anderem mit Download der AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl
- www.aok-gesundheitspartner.de AOK-Portal für Gesundheitsprofis
- AOK-Bundesverband: **Gelungenes sichern, Herausforderungen anpacken.** AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2009, Beilage zu G+G 6/2009, Download: siehe oben
- G+G-Spezial 6/2009: **Zielgenauer Wettbewerb.** Spezialheft zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
- G+G-Spezial 1/2009: **Der letzte Baustein?** Spezialheft zum Start des Gesundheitsfonds
- F. Wienands: **Grünes Licht für Arzneirabatte.** G+G 5/2009, S. 14/15
- S. Burmann, J. Malzahn: **Flickwerk statt Finanzreform.** Artikel zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz in G+G 2/2009, S. 26 bis 31

Legislaturperiode den Kassen endlich mehr Handlungsspielraum gibt, können wir die medizinische Versorgung weiter verbessern. Das nützt Patienten und Beitragszahlern.

Doppelfinanzierung vermeiden. Das kollektivvertragliche System, in dem die Spitzenorganisationen der Kassen, Ärzte und Kliniken gemeinsam und einheitlich die Rahmenbedingungen der flächendeckenden Gesundheitsversorgung vereinbaren, hat auch weiterhin seine Existenzberechtigung. Daneben will die AOK die neuen Möglichkeiten nutzen, durch kassenindividuelle Einzelverträge mit ausgewählten Leistungserbringern dem Versorgungsbedarf ihrer Versicherten noch besser zu entsprechen. Selektivverträge können aus unserer Sicht einen wichtigen Beitrag zur Hebung von Effizienzreserven leisten. Die AOK-Gemeinschaft hat deshalb insgesamt bereits 478 Selektivverträge abgeschlossen: davon 383 zur integrierten Versorgung, 72 für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme), acht Verträge zur hausarztzentrierten und vier zur fachärztlichen Versorgung sowie elf Modellprojekte. Solche Vertragsmodelle können aber nur funktionieren, wenn die kollektivvertraglich vereinbarte Vergütung um die Versorgungsanteile bereinigt wird, die durch die Selektivverträge abgedeckt werden. Sonst kommt es zu einer Doppelfinanzierung, die den Wettbewerb um kassenindividuelle Versorgungslösungen im Keim erstickt. Es muss sich noch erweisen, ob Gremien des Kollektivvertragssystems, wie der Bewertungsausschuss bei der vertragsärztlichen Versorgung, in der Lage sind, tragfähige Bereinigungsverfahren zu beschließen – schließlich schmälert die Vergütungsvereinbarung deren eigenen Einflussbereich. Gegebenenfalls müsste der Gesetzgeber selbst eingreifen, um einen gleichberechtigten System-Wettbewerb der Kollektiv- und Selektivverträge zu ermöglichen.

Bewegte Zeiten, stabile Kasse: Die AOK hat Zulauf



In Zeiten des einheitlichen Beitragssatzes zählt individueller Service mehr denn je: Seit Anfang 2009 konnte die AOK bundesweit insgesamt mehr als 70.000 Versicherte hinzugewinnen.

Quelle: KM 1-Statistik – bezogen auf den 1.1.2009

Freie Wahl der Vertragspartner. Darüber hinaus können selektivvertragliche Optionen ihr volles Potenzial nur entfalten, wenn keine Kontrahierungszwänge bestehen, die über das Gebot der Sicherstellung der Versorgung hinausgehen. Freiwillige Vertragsabschlüsse sind der einzig richtige Weg zu einer besseren hausärztlichen Versorgung. Insoweit ist die derzeitige Ausgestaltung des Paragraphen 73b Sozialgesetzbuch (SGB) V völlig verfehlt: Er gibt den Verbänden der Allgemeinmediziner unter Ausgrenzung anderer Partner einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur ein Verhandlungsmonopol, sondern auch eine Vertragsabschlussgarantie in der hausarztzentrierten Versorgung. Dieses Entgegenkommen des Gesetzgebers haben Hausärzteorganisationen mancherorts gründlich missverstanden und als Freibrief für unrealistische finanzielle Forderungen interpretiert.

Die AOK hat bundesweit bereits rund drei Millionen Versicherte für die Einschreibung in hausärztliche Versorgungsprogramme gewonnen. Sie wurden bisher auf freiwilliger Basis zwischen den AOKs und Hausärzte-Gemeinschaften vereinbart, zum Teil unter bewusstem Einbezug der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Gesundheitskasse ist selbstverständlich bereit, eine bessere Versorgung ihrer Versicherten zu honorieren. Hierzu zählen etwa das Angebot flexibler Abendsprechstunden, kurze Wartezeiten und mehr ärztliche Zuwendung gerade für Patienten, die sich im Dschungel des Gesundheitswesens nicht ohne qualifizierte Hilfe zurechtfinden. Entscheidend ist deshalb, dass Hausarztverträge auch mit derartigen Verbesserungen verknüpft sind. Zudem sollten Steuerungspotenziale zur gezielten Nutzung von Effizienzreserven bei den veranlassten Leistungen (zum Beispiel Arzneiverordnungen, Überweisungen an Fachärzte) entfaltet werden können.

Mit Arzneirabatten Wirtschaftlichkeit erhöhen. Auch im Arzneimittelbereich bestehen nach wie vor erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Der Anteil der Ausgaben für – insbesondere innovative – Arzneimittel an den GKV-Ausgaben wächst kontinuierlich. Wir steuern gegen diesen Trend an und setzen auch in der Medikamenten-Versorgung auf Selektivverträge und Wettbewerb. So hat die AOK Mitte des Jahres neue Rabatte für 63 Generika-Wirkstoffe (Nachahmer-Präparate von patentfreien Arzneien) mit einem Jahresumsatz von 2,3 Milliarden Euro gegen den erbitterten Widerstand der Pharmaindustrie durchgesetzt. Eine erste Ausschreibungswelle im Jahr 2007 konnte aufgrund der unklaren rechtlichen Vorgaben von den Arzneimittelherstellern noch teilweise aufgehalten werden – sie wollten sich wegen der gesetzlich gesicherten Erstattungsregelungen nicht in Richtung Einzelverträge bewegen. Der Rechtsrahmen für Ausschreibungen im Bereich der GKV wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV nachgebessert. Die AOKs haben diese Weiterentwicklung erfolgreich genutzt und sich in 52 Gerichtsverfahren durchgesetzt. Die erwarteten Einsparungen in Höhe von 512 Millionen Euro pro Jahr kommen den Versicherten zugute. Zudem erhalten die Patienten über die Vertragslaufzeit von zwei Jahren ihre Dauermedikation zuverlässig immer vom gleichen Hersteller.

Die AOKs werden das Instrument der Rabattverträge weiterhin nutzen. Allerdings gehen unsere Ziele für den Bereich der Arzneimittelversorgung darüber hinaus: Wir treten dafür ein, dass Krankenkassen künftig ergänzend oder alternativ zu Rabattverträgen direkt mit Pharmaherstellern Preisverhandlungen führen und Versorgungsverträge schließen können. Dadurch entstehen am Bedarf der Versicherten ausgerichtete Arzneimittelsortimente, aus denen hervorgeht, welche Medikamente zu Lasten der jeweiligen Kasse abgerechnet werden können. Das ist die gute, kundengerechte Alternative zu etwaigen starren Positivlisten des Gesetzgebers.

Erstattung von Innovationen auf Probe. Die Ausgaben für die andere Hälfte des Marktes, nämlich den der patentgeschützten Arzneimittel, sind jedoch nach wie vor nur wenig bis gar nicht von Kassenseite beeinflussbar. Für jedes dieser so genannten innovativen Arzneimittel müssen die Krankenkassen mangels Alternativen Preise zahlen, die der pharmazeutische Hersteller festlegt. Gleichzeitig spielen die patentgeschützten Präparate beim stetigen Anstieg der Arzneiausgaben eine entscheidende Rolle. Denn während die Medikamentenpreise in den zurückliegenden Jahren im Allgemeinen stabil blieben, verschreiben Ärzte mehr teure Arzneimittel (*siehe Abbildung auf dieser Seite*). Der Durchschnittswert je Verordnung hat sich von 15,98 Euro im Jahr 1993 auf 42,62 Euro im Jahr 2007 erhöht. Der Marktanteil der neuen, patentgeschützten Arzneimittel hat sich in diesem Zeitraum verdreifacht. Die mit ihnen – in der Regel – verbundenen höheren Kosten übernehmen die Kassen in der Erwartung, dass die Präparate gegenüber bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten einen erkennbaren Zusatznutzen aufweisen.

Derzeit fehlen den Kassen jedoch wirksame Instrumente zur Steuerung der Preise bei patentgeschützten Wirkstoffen. Unserer Meinung nach sollten bei innovativen Arzneimitteln nicht wie bisher Bewertungsverfahren erst nach Eintritt in den GKV-Markt greifen. Vielmehr muss in Zukunft vor dem

Marktzugang eine schnelle, vorläufige Nutzenbewertung stehen. So könnte dann ein vorläufiger Höchstpreis als Orientierungswert für kassenindividuelle Verträge festgelegt werden (Erstattung auf Probe). Mit Markteinführung des Präparates muss eine umfangreiche Kosten-Nutzen-Bewertung vorgenommen werden, deren Ergebnis mit Ablauf einer angemessenen Zeit nach Markteinführung zur Überprüfung und gegebenenfalls

Krankenkassen sollten künftig auch direkt mit den Pharmaherstellern Preise aushandeln dürfen.

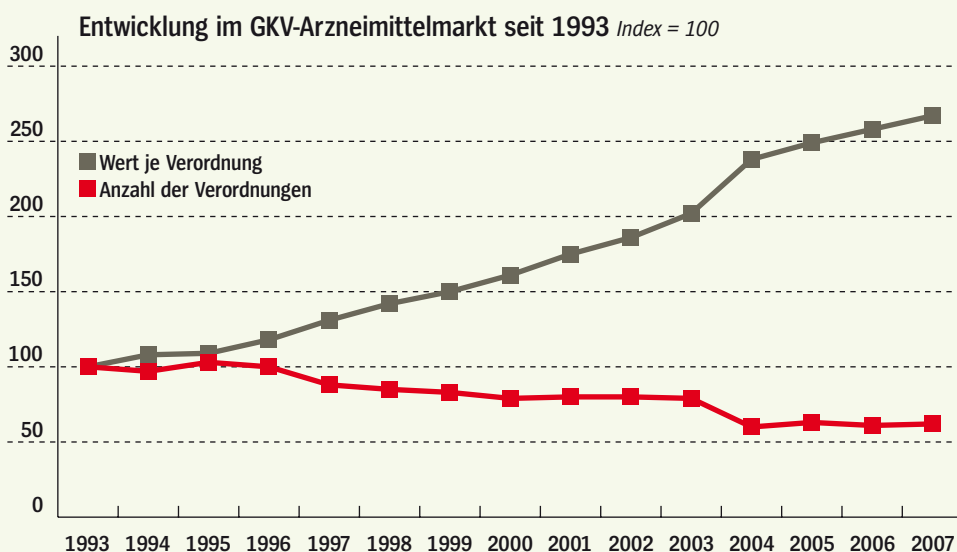
Anpassung des Preises führt. Bereits heute ermöglichen die rechtlichen Vorgaben ein solches Verfahren. Die insoweit angelegten Instrumente sind weiterzuentwickeln und konsequent umzusetzen.

Wettbewerb bei planbaren stationären Leistungen ermöglichen.

In der stationären Versorgung hat der Wettbewerb bisher kaum Chancen. Auch beim Krankenhausfinanzierungsreformgesetz blieb das Thema Wettbewerb ausgeklammert. Zwar zeichnet sich der stationäre Sektor gegenüber dem ambulanten durch einige Besonderheiten aus. Die AOK hat dennoch ein Konzept für mehr Wettbewerb in diesem Bereich entwickelt. Künftige strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung sollten zwischen notfallähnlichen Leistungen (Versorgung bei Schlaganfall oder Herzinfarkt), die in unmittelbarer Nähe zum Versicherten zur Verfügung stehen müssen, und planbaren (elektiven) Leistungen, wie beispielsweise dem Einsatz eines künstlichen Kniegelenks, unterscheiden.

Der derzeitige faktische Kontrahierungszwang in der stationären Versorgung muss für den Bereich der elektiven Leistungen, bei denen ein Krankenhaus ausgewählt werden kann,

Ärzte verordnen mehr teure Medikamente



Während seit 1993 die Zahl der Arzneverordnungen sank, stiegen gleichzeitig die Durchschnittskosten der verschriebenen Medikamente. Bei dieser Entwicklung spielen patentgeschützte Präparate eine entscheidende Rolle – auf deren Preise haben die Kassen bisher keinen Einfluss. Die AOK tritt deshalb dafür ein, sogenannte innovative Arzneimittel vor ihrem Marktzugang einer vorläufigen Nutzenbewertung zu unterziehen.

Quelle: WlD

aufgehoben werden. Die Krankenkassen brauchen vom Gesetzgeber Handlungsspielraum, um über Verträge mit einzelnen Krankenhäusern eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten mit planbaren Leistungen sicherzustellen. Die gesetzliche Regelung der stationären Fallpauschalen muss bezüglich der selektiv zu vereinbarenden Leistungen nur noch eine Leistungsdefinition enthalten. Die Vereinbarung von Preisen und Mengen kann der Gesetzgeber dem freien Wettbewerb überlassen – und so zum Nutzen der Patienten wie der Beitragszahler Leistung und Qualität fördern.

Anstelle der bisher aktiv steuernden Rolle käme den Bundesländern bezüglich der Versorgung mit elektiven Klinikleistungen, die selektivvertraglich vereinbart werden, die Rolle eines staatlichen Wächters zu, der dafür sorgt, dass eine ausreichende, flächendeckende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Die bisherige Krankenhausplanung der Länder würde sich hingegen nur noch auf die Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung beziehen, die zudem besser mit der ambulanten Sicherstellungsplanung abgestimmt sein muss.

Kassenfinanzen auf Dauer sichern. Doch der Wettbewerb im Gesundheitswesen kann mit einer unterfinanzierten GKV nicht funktionieren. Die Krankenkassen brauchen für ihre finanzielle Basis Stabilität, Solidarität und Nachhaltigkeit, damit sie mithilfe von Einzelverträgen mit Leistungserbringern

Versorgungsqualität und -umfang für ihre Versicherten halten und verbessern können.

Der zu Beginn dieses Jahres eingeführte Gesundheitsfonds ist erfolgreich angelaufen (siehe Abbildung „Schaltstelle Gesundheitsfonds“ auf Seite 27). Er hat wesentlich zur Stabilität der GKV beigetragen: Neben einer steuerfinanzierten Beitragsatzsenkung zum 1. Juli auf 14,9 Prozent gewährleistet er

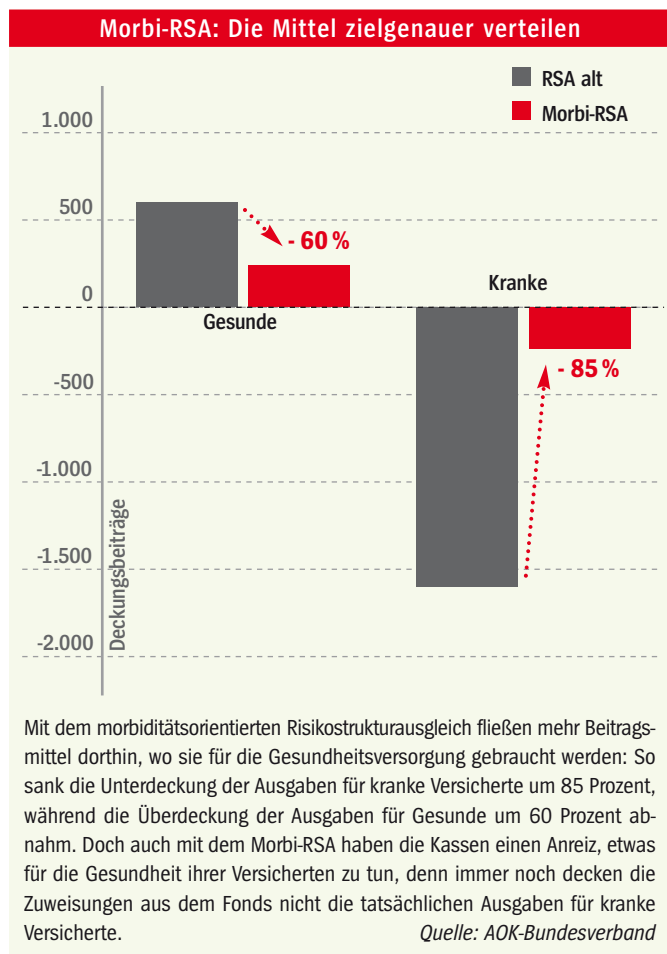
Der Gesundheitsfonds hat wesentlich dazu beigetragen, die gesetzliche Krankenversicherung zu stabilisieren.

trotz der Wirtschaftskrise die Deckung der durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009. Die Grundstrukturen der Finanzierung im Vergleich der Kassenarten untereinander sind zudem deutlich fairer geworden. So werden die großen Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenkassen zu 100 Prozent ausgeglichen (gegenüber dem nur 92-prozentigen Grundlohnsausgleich nach altem Recht). Damit ist eine Grundvoraussetzung für Chancengleichheit im Kassenwettbewerb gegeben.

Seit Anfang des Jahres wirkt zudem der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Er sorgt dafür, dass das Geld der Beitragszahler zielgenauer dorthin gelangt, wo es zur Behandlung der Patienten gebraucht wird. Der Risikostrukturausgleich alter Prägung machte keinen Unterschied zwischen kranken und gesunden Versicherten: Für einen chronisch kranken 40-Jährigen erhielten die Krankenkassen die gleiche Zuweisung wie für einen Gesunden gleichen Alters – obwohl beide völlig unterschiedliche Kosten verursachen. Mit der Morbiditätsorientierung hat der Gesetzgeber insoweit nachgebessert. Für Versicherte mit einer oder mehreren von 80 ausgewählten Krankheiten erhalten die Kassen nun Zuschläge aus dem Fonds, die sich an deren durchschnittlichen Behandlungskosten orientieren. Der AOK-Gemeinschaft stehen durch den Morbi-RSA im Jahr 2009 rund 650 Millionen Euro mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung als noch im Jahr 2008, aufgrund des verbesserten Grundlohnsausgleichs weitere rund 900 Millionen Euro.

Morbi-RSA weiterentwickeln. Doch die jüngsten Gesetzesänderungen bringen der AOK auch neue Belastungen. Die unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit konsequente Angleichung der Punktwerte in der ambulanten ärztlichen Versorgung kostet die AOK rund 400 Millionen Euro. Das heißt, dass der „Netto-Effekt“ der stärkeren Berücksichtigung der Morbidität für die AOK zunächst gering bleibt. Vielmehr werden mit dem Morbi-RSA für alle Krankenkassen Anreize gesetzt, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren.

Gleichwohl ist es abwegig zu vermuten, die Kassen würden jetzt gezielt Jagd auf Kranke mit den „richtigen“ Diagnosen machen, während sie früher bestrebt waren, möglichst nur Junge und Gesunde („gute Risiken“) anzuwerben. Denn die Zuweisungen für Gesunde liegen noch immer deutlich über den Gesundheitskosten, die sie verursachen. Für die Versor-



gung von Kranken werden zwar durch den Morbi-RSA mehr Mittel zur Verfügung gestellt. Die durchschnittlichen Zuweisungen liegen jedoch weiterhin – wenn auch in einem erheblich geringeren Umfang als beim alten RSA – unterhalb ihrer durchschnittlichen Kosten (siehe Abbildung „Morbi-RSA: Die Mittel zielgenauer verteilen“ auf Seite 26).

Der Morbi-RSA setzt den Anreiz, kranke Versicherte mit einer passgenauen Versorgung gesünder zu machen. Genau das will die AOK durch ihre Forderungen nach mehr Vertragsfreiheit erreichen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist Triebfeder und Voraussetzung für ein effektives Versorgungsmanagement, das Gesundheitszustand und Lebensqualität der Versicherten verbessern kann. Es lohnt sich auch weiterhin für die Kassen, das Auftreten beziehungsweise die Verschlimmerung von Krankheiten mittels Prävention und Gesundheitsförderung zu verhindern. Die AOKs haben im Jahr 2007 für Prävention im Schnitt 3,29 Euro pro Versichertem ausgegeben, rund ein Fünftel mehr als die gesetzlich vorgegebenen 2,74 Euro. Jede zweite Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung und der lebensweltorientierten Projekte wurde von der AOK finanziert.

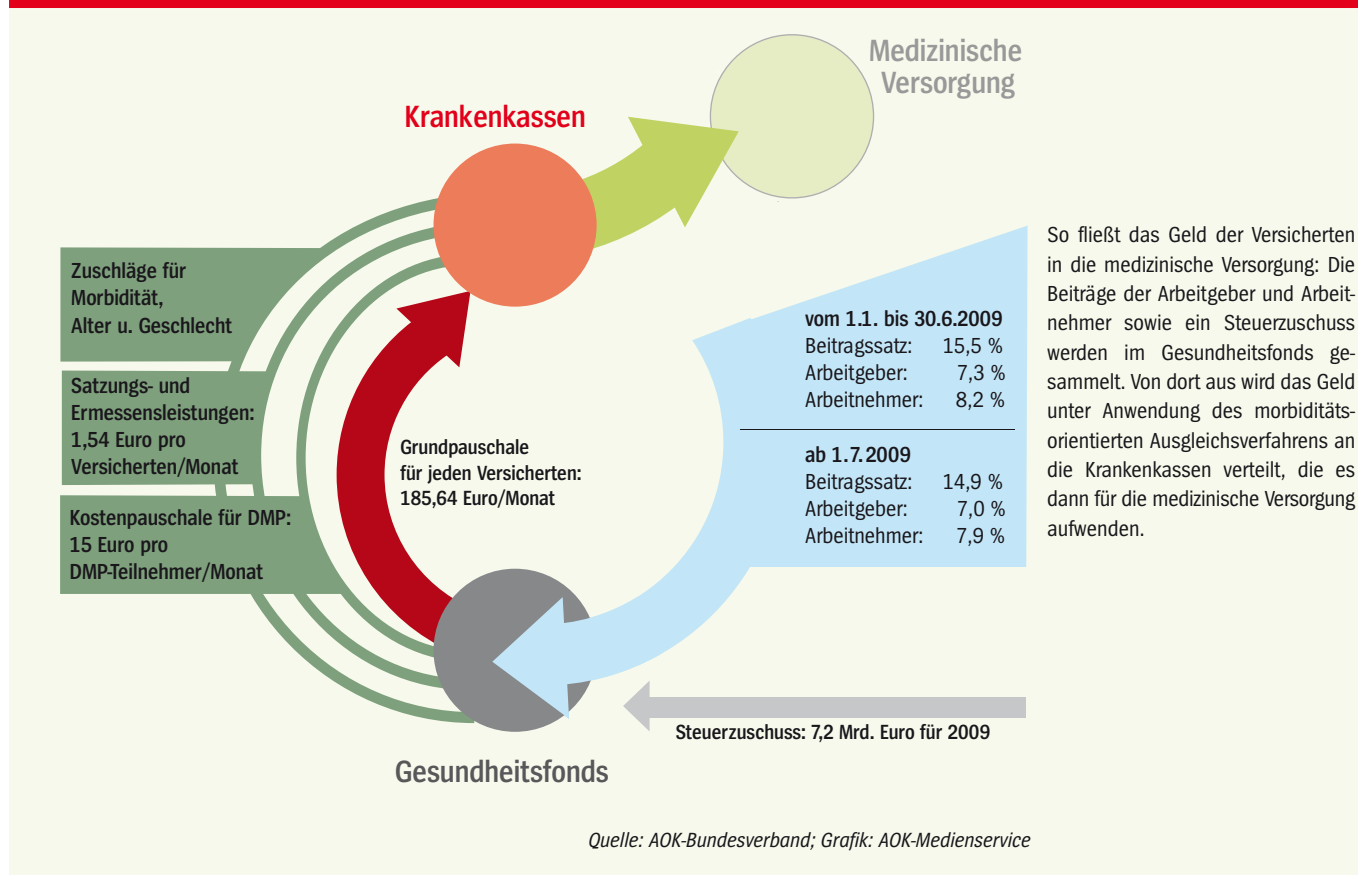
Schon die ersten Erfahrungen zeigen in aller Deutlichkeit: Der Morbi-RSA ist für das gesamte Gesundheitswesen außerordentlich wichtig, indem er die richtigen wirtschaftlichen Anreize für die Krankenkassen setzt. Nach dem erfolgreichen Einstieg mit 80 Krankheiten und der Beschränkung auf schwerwiegende und chronische Erkrankungen muss der

Morbi-RSA als lernendes System nunmehr stetig weiterentwickelt werden.

Zuschuss statt Darlehen für den Fonds. Die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung muss aber über 2009 hinaus gesichert sein. Die sich bereits in diesem Jahr aufgrund der Wirtschaftskrise ergebenden Beitragsausfälle in Höhe von einigen Milliarden Euro gehen zunächst zu Lasten des Gesundheitsfonds, dem der Bund wiederum ein zinsloses Darlehen gewährt. Der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt hat im April 2009 die Höhe der Beitragsausfälle mit 2,9 Milliarden Euro prognostiziert. Die Bundesregierung hat in ihrem zweiten Nachtragshaushalt für 2009 – rein vorsorglich – 4,7 Milliarden Euro für ein Darlehen eingestellt. Im Rahmen des Konjunkturpaketes II wurde zwar die Rückzahlungspflicht für dieses Darlehen um ein Jahr auf Ende 2011 verschoben. Die von den Krankenkassen zu tragenden Tilgungsverpflichtungen werden aber wie ein Damoklesschwert über den Beitragszahlern schweben.

Denn für das Jahr 2010 zeichnet sich nach Schätzungen der AOK für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung bereits jetzt eine Finanzlücke von rund sieben Milliarden Euro ab, die hauptsächlich der aktuellen Wirtschaftskrise geschuldet ist. Selbst wenn die private Wirtschaft 2010 schon wieder auf einem Aufwärtsweg sein sollte, wird die Krise dann erst voll auf die GKV durchschlagen. Die – soweit absehbar – um 3,5 Prozent steigenden Ausgaben fallen im nächsten Jahr

Schaltstelle Gesundheitsfonds: Wie er Gelder sammelt und verteilt



mit einem sinkenden Beitragsaufkommen zusammen, wird doch für die Arbeitslosenzahl eine Steigerung um rund eine Million erwartet. Trotz des um 1,5 Milliarden Euro anwachsenden Bundeszuschusses gehen wir daher von einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds in Höhe von rund sieben Milliarden Euro aus. Der Fonds deckt somit nur noch 95 bis 96 Prozent der anfallenden Ausgaben. Damit wird schon im ersten Jahr nach Einführung des Gesundheitsfonds ohne weitere rechtliche Änderungen der gesetzlich definierte 95-Prozent-Schwellenwert der Ausgabendeckung durch den Fonds gestreift. Diese Lücke ist nach der gesetzgeberischen Konzeption durch Zusatzbeiträge der Krankenkassen zu schließen. Dies kann unter den gegebenen Rahmenbedingungen jedoch nicht funktionieren.

Denn neben der aufgezeigten Finanzierungslücke, die sich im Jahr 2011 auf rund zehn Milliarden Euro belaufen kann, steht im selben Jahr noch die Rückzahlungspflicht für das Fonds-Darlehen aus dem Jahr 2009 an. Beides zusammen über Zusatzbeiträge zu finanzieren, wird die Kassen – bei aller Managementkompetenz – überfordern (siehe Abbildung unten). Es ist daher unausweichlich, dass der Bund die durch die Wirtschaftskrise verursachten Einnahmefizite des Fonds nicht über ein kurzfristiges Darlehen, sondern über einen Zuschuss ausgleicht. Andernfalls wird er seiner Verpflichtung aus Paragraph 220 SGB V nicht gerecht, den Fonds in 2009 real so auszustatten, dass die Einnahmen die Ausgaben decken. Mittels

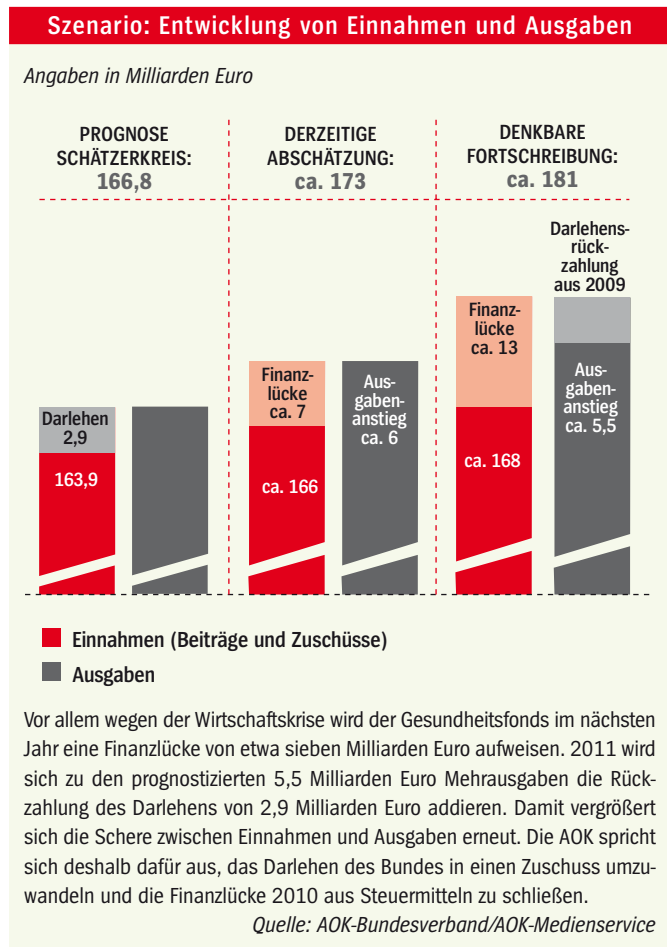
eines Darlehens wird diese Verpflichtung nur scheinbar erfüllt und die finanzielle Last in die Zukunft verschoben – mit für die Krankenkassen untragbaren Folgen.

Zusatzbeitrag korrigieren. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag soll laut der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 ein zusätzliches Wettbewerbsinstrument für die Krankenkassen darstellen. Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sollen in der Lage sein, ihren Finanzbedarf aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen und diesen an ihre Mitglieder auszuschütten. Kassen, die ihren Finanzbedarf nicht durch andere Instrumente (wirtschaftlicheres Management, spezielle Tarife) decken können, sind verpflichtet, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Soweit die Theorie.

Angesichts der dargestellten Finanzentwicklungen, werden Zusatzbeiträge bereits im nächsten Jahr flächendeckend erhoben werden müssen. Damit sie aber das erwünschte Preissignal senden, muss die gesetzliche Ausgestaltung des Zusatzbeitrages geändert werden. Andernfalls kommt es zu ordnungspolitisch unsinnigen Konsequenzen: Die geltenden Regelungen werden den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in eine kontraproduktive Risikoselektion treiben und durch einen Einheitsbeitrag – bei ebenfalls identischen Zusatzbeiträgen in Höhe der Härtefallgrenze – bald vollständig ersticken. Zum Verständnis: Die Kassen müssen im Jahr 2010 eine Finanzlücke von rund sieben Milliarden Euro über Zusatzbeiträge schließen. Aufgeteilt auf 50 Millionen GKV-Mitglieder macht das rund 140 Euro pro Mitglied und Jahr oder rund 11,60 Euro im Monat. Damit ist aber klar, dass bei der großen Mehrheit aller Krankenkassen die Härtefallgrenze von einem Prozent des Einkommens zur Anwendung kommen muss. Das würde bedeuten, dass der allergrößte Teil der GKV-Mitglieder auch genau dieses eine Prozent Zusatzbeitrag zahlt. Nur wenige werden sich dann noch knapp darüber oder knapp darunter bewegen.

Einheitsbeitrag erstickt den Wettbewerb. Die Konsequenz dieser Entwicklung ist bizarr: Die mit der Gesetzgebung intendierte Stärkung des Preiswettbewerbs über unterschiedliche Zusatzbeiträge würde zum einheitlichen Zusatzbeitragssatz für alle Versicherten führen. Zugleich sind nahezu 100 Prozent aller GKV-Mitglieder plötzlich Härtefälle. Damit wird offenbar: Der sozialpolitisch vernünftige Überforderungsschutz muss auf anderem Wege realisiert, die unsinnige Kombination von Zusatzbeiträgen und Härtefallregelung aufgelöst werden. Wege dazu haben die Professoren Eckhard Fiedler und Bert Rürup bereits im Jahre 2006 aufgezeigt. Diese beiden von der Bundesregierung bestellten Gutachter schlugen vor, die Überforderungsklausel aus einem aufgestockten Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln zu finanzieren.

Einfacher wäre es, die prozentuale, also einkommensbezogene Erhebung des Zusatzbeitrags verpflichtend zu machen. So würden die Versicherten automatisch nach ihrem Leistungsvermögen zur Finanzierung ihrer Kasse beitragen. Die jetzige Härtefallgrenze wäre damit überflüssig. Darüber hinaus hätte eine solche Lösung den Vorteil, dass sie sich in die



bestehende Beitragssystematik einbetten ließe. Der bereits heute nur von den Versicherten zu zahlende zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent würde kassenindividuell aufgestockt. Damit ließe sich der Zusatzbeitrag ohne großen Aufwand mit dem bereits bestehenden und bewährten Einzugsinstrumentarium erheben. Zugleich wäre er ohne Brüche in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs einzubinden. Gerade letzteres wäre unter wettbewerblichen Gesichtspunkten dringend geboten. Andernfalls müssten Kassen mit einkommensschwacher Versichertenstruktur – unter ansonsten identischen Bedingungen – ihren Versicherten einen höheren Anteil des Einkommens für die Zusatzbeiträge abfordern, als Kassen mit einkommensstarken Versicherten, und zwar auch dann, wenn sie gut gewirtschaftet haben.

AOK empfiehlt Vorschaltgesetz. Die AOK steht für sichere Leistungen in bewegten Zeiten und gewinnt seit Jahresbeginn zunehmend neue Versicherte (siehe Abbildung „Bewegte Zeiten, stabile Kasse: Die AOK hat Zulauf“ auf Seite 24). Sie nutzt engagiert und erfolgreich alle Möglichkeiten, die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern und wirtschaftlicher zu gestalten. Diesen Kurs wollen wir fortsetzen und drängen dafür auf mehr Freiheit für unsere Aktivitäten zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dies setzt aber voraus, dass Leistungserbringer künftig nicht allein aufgrund ihrer Zulassung an der Versorgung der Versicherten teilnehmen können. Sondern wir als Kasse müssen selbst aussuchen dürfen, mit wem wir Verträge machen und mit wem wir über Qualität, Preis und Menge der Versorgungsleistungen Vereinbarungen treffen wollen. Nur so schaffen wir mehr Anreiz-, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, um eine hochwertige Versorgung zu erreichen.

Die neue Bundesregierung wird zügig Entscheidungen zu treffen haben, die das Gesundheitssystem nachhaltig stabilisieren. Dazu müssen Regelungen der letzten Gesundheitsreform korrigiert werden, die sich in der Wirtschaftskrise als untauglich erwiesen haben. Die AOK empfiehlt daher, noch 2009 mit einem Vorschaltgesetz dafür zu sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch 2010 und darüber hinaus Stabilitätsanker bleiben kann. Das Vorschaltgesetz sollte drei Kernpunkte enthalten:

- Das für 2009 vorgesehene Darlehen an den Gesundheitsfonds wird in einen Steuerzuschuss umgewandelt.
- Wettbewerbsverzerrende gesetzliche Regelungen für Zusatzbeiträge werden korrigiert.
- Der gesetzliche Zwang zum Abschluss von Verträgen zwischen privatrechtlichen Hausärzte-Verbänden und gesetzlichen Krankenkassen wird abgeschafft.

Das von der AOK vorgeschlagene Vorschaltgesetz kann nur ein erster Schritt sein. Weitere Reformschritte beanspruchen längere parlamentarische Beratungen und sind daher in der nächsten Gesundheitsreform zu regeln – nach der Reform ist eben auch vor der Reform. ■

Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Mehr Freiheit für den Wettbewerb



Dr. Volker Hansen ist Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (Arbeitgeberseite).

Die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitgeber und Versicherte, haben großes Interesse an der effizienten Verwendung der Mittel im Gesundheitswesen. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurde ein Ordnungsrahmen gesetzt, der endlich weitgehend gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen für alle Krankenkassen schafft. Die Beitragsgelder fließen zielgenauer dorthin, wo sie für die Versorgung von Patienten tatsächlich benötigt werden. Kassen wie die AOK, die seit Jahren ein intensives Versorgungsmanagement betreiben, können diese Kompetenz im Wettbewerb besser nutzen. Durch den einheitlichen Beitragssatz wächst zudem die Bedeutung von Qualität, Service und Wahlтарifen. Auch hier kann die Gesundheitskasse punkten. Dieser Innovationsvorsprung setzt einen Nachahmungsprozess bei anderen Kassen in Gang und macht das Gesundheitssystem insgesamt effizienter – zum Wohle der Versicherten und der Beitragszahler.

Kassenseitig hat sich die Politik damit konsequent an einem ordnungspolitisch sinnvollen Wettbewerbsmodell orientiert. Nach der Bundestagswahl wird es nun darauf ankommen, den Wettbewerb auch auf Seiten der Leistungsanbieter voranzutreiben. Im Gesundheitswesen sind nach wie vor enorme finanzielle Reserven vorhanden, die es in einem wettbewerblichen Suchprozess zu nutzen gilt. Krankenkassen brauchen mehr Handlungsfreiräume bei selektiven Verträgen mit den Leistungsanbietern, um im Interesse der Beitragszahler Effizienzgewinne erzielen zu können. Abhängig vom Bedarf ihrer Versicherten in den regionalen Versorgungsbereichen müssen sie freier entscheiden können, welche Vertragspartner das beste Preis-Leistungs-Verhältnis für eine qualitativ hochwertige Versorgung garantieren. Dies gilt für alle Leistungsbereiche, auch sektorübergreifend.

Kassenseitig hat sich die Politik damit konsequent an einem ordnungspolitisch sinnvollen Wettbewerbsmodell orientiert. Nach der Bundestagswahl wird es nun darauf ankommen, den Wettbewerb auch auf Seiten der Leistungsanbieter voranzutreiben. Im Gesundheitswesen sind nach wie vor enorme finanzielle Reserven vorhanden, die es in einem wettbewerblichen Suchprozess zu nutzen gilt. Krankenkassen brauchen mehr Handlungsfreiräume bei selektiven Verträgen mit den Leistungsanbietern, um im Interesse der Beitragszahler Effizienzgewinne erzielen zu können. Abhängig vom Bedarf ihrer Versicherten in den regionalen Versorgungsbereichen müssen sie freier entscheiden können, welche Vertragspartner das beste Preis-Leistungs-Verhältnis für eine qualitativ hochwertige Versorgung garantieren. Dies gilt für alle Leistungsbereiche, auch sektorübergreifend.

Qualität steigern, Einnahmen sichern

Nach der Reform ist vor der Reform – das gilt insbesondere für die Gesundheitspolitik. Schon heute ist klar, dass nach der Bundestagswahl weitere wichtige Reformschritte auf der politischen Agenda stehen müssen. Es wird vor allem um eine grundlegende Stabilisierung der Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung gehen. Vor dem Hintergrund der durch die Wirtschaftskrise bedingten Mindereinnahmen, die bereits im laufenden Jahr große Löcher in den Gesundheitsfonds reißen, gewinnt dieser Punkt zunehmend an Brisanz.



Fritz Schösser ist Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (Versichertenseite).

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Qualität in der medizinischen Versorgung. Der Gesetzgeber hat erste Weichen für qualitätsorientierte Vergütungsvereinbarungen gestellt. Dieser Qualitätsansatz muss weiterentwickelt werden. Die AOK wird mit eigenen innovativen Strategien zur Qualitätsverbesserung beitragen. Vorreiter ist sie schon heute bei der Entwicklung von Indikatoren, die die Qualität in den ärztlichen Praxen greifbar und transparent machen. Ein effektives Instrument zur Förderung der Versorgungsqualität ist der Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern. Hierzu können Selektivverträge einen wichtigen Beitrag leisten. Wenn Krankenkassen ihre Vertragspartner neben Wirtschaftlichkeitskriterien insbesondere nach Aspekten der Versorgungsqualität auswählen, besteht für jeden Leistungserbringer der Anreiz, Prozesse und Ergebnisse zu verbessern.

Bisher verhindern allerdings ungeklärte Finanzierungsfragen eine intensivere Umsetzung selektivvertraglicher Optionen. Um dieses Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität sinnvoll nutzen zu können, ist eine verbindliche Regelung zur Bereinigung der kollektivvertraglichen Vergütung notwendig. Hier ist nach der Bundestagswahl dringender Handlungsbedarf angezeigt.