

**Strategien für ein
zukunftsfähiges Versorgungssystem
der gesetzlichen Krankenversicherung**

DISSERTATION

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health
der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Frank Heinzen
Im Pesch 19
52224 Stolberg

betreut durch
Prof. Dr. oec. Bernhard J. Güntert
Universität Bielefeld

Inhaltsübersicht	1
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	5
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	8
1. Einleitung	10
1.1. Kosten und Outcomes als Effizienzkriterien für das GKV-System	10
1.2. Gesundheit und Krankheit	15
1.3. (New) Public Health und die GKV	20
1.4. Ziel und Vorgehensweise der Arbeit	23
2. Die Grundzüge des strategischen Managements	26
2.1. Strategisches Management in der Gesundheitspolitik	26
2.2. Strategisches Management: Die Übertragung des Konzeptes auf die GKV-Branche	34
3. Analysephase: Das System der GKV auf dem Prüfstand	37
3.1. Umweltanalyse: Die Beurteilung externer Einflussfaktoren auf die GKV	37
3.1.1. Demografische Alterung der Bevölkerung unter Berücksichtigung der epidemiologischen Veränderungen	38
3.1.2. Die medizinisch-technische Entwicklung	46
3.1.3. Die Organisations- und Managemententwicklung	48
3.1.4. Die gesellschaftlichen Veränderungen	50
3.1.5. Der Einfluss einer zunehmenden Internationalisierung	52
3.1.6. Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung	55
3.2. Die Branchenstruktur: Wettbewerbskräfte innerhalb der GKV	56
3.2.1. Rivalität zwischen den gesetzlichen Krankenkassen	58

3.2.1.1.	Der gesetzliche Rahmen der Krankenversicherer	58
3.2.1.1.1.	Die Finanzierung der GKV	58
3.2.1.1.2.	Der versicherte Personenkreis	61
3.2.1.1.3.	Umfang und Art der Leistungserbringung	62
3.2.1.2.	Die aktuelle Wettbewerbssituation der gesetzlichen Krankenversicherer	65
3.2.2.	Die Verhandlungsstärke der Leistungserbringer	72
3.2.2.1.	Der niedergelassene ärztliche Bereich	73
3.2.2.2.	Der stationäre Bereich	82
3.2.2.3.	Der pharmazeutische Bereich	84
3.2.3.	Die Verhandlungsstärke der Versicherten	92
3.2.4.	Bedrohung durch private Krankenversicherer	95
3.2.5.	Bedrohung durch neue gesetzliche Krankenversicherer	98
3.2.6.	Der Staat als Sonderfaktor in der Branche	99
3.2.6.1.	Staat und Selbstverwaltung	99
3.2.6.2.	Reformen und Gesetzgebungen der letzten Jahre	102
3.2.6.3.	Die gesetzliche Zulassung alternativer Versorgungsmodelle	107
3.3.	SWOT-Analyse: Stärken/Schwächen - Chancen/Risiken	122
3.3.1.	Benchmarkparameter zur Einordnung der Stärken und Schwächen	122
3.3.1.1.	Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung des GKV-Systems	123
3.3.1.2.	Grundlegende gesetzliche Regelungen und sozialpolitische Parteiprogramme zur Gestaltung des GKV-Systems	131
3.3.1.3.	Benchmarkparameter als Konsens aus Wissenschaft und Politik	134
3.3.2.	Einschätzung der Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen	135
3.3.3.	Fazit: Die strategischen Erfolgsfaktoren für die GKV	138
4.	Managed Care: Impulse für die Systemgestaltung aus dem Ausland	142
4.1.	Managed Care: Die Beschreibung der Inhalte	142
4.1.1.	Managed Care-Organisationen	142
4.1.2.	Managed Care-Instrumente	145
4.2.	Managed Care in den USA	157
4.3.	Managed Care in Europa am Beispiel der Schweiz	161

4.3.1.	Die Grundzüge des schweizerischen Gesundheitswesens	163
4.3.2.	Die Entwicklung von Managed Care in der Schweiz	169
4.3.3.	Erste Ergebnisse zu Managed Care in der Schweiz	177
4.3.4.	Fazit und weitere Entwicklung des Managed Care-Systems	181
4.3.5.	Systemkritik: Trotz Managed Care - Das Kostenproblem bleibt	185
4.4.	Erkenntnisse für die Neugestaltung des GKV-Systems	187
5.	Strategieentwicklungsphase: Die Konzeption für ein zukunftsfähiges GKV-Versorgungssystem	189
5.1.	Die Neugestaltung der Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme	190
5.1.1.	Wettbewerb für Krankenkassen und Leistungserbringer	192
5.1.2.	Erhöhung der Transparenz zu Outcomes und Kosten	196
5.1.3.	Der Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen	207
5.1.4.	Veränderungen der Anreizsysteme für die Marktteilnehmer	220
5.1.5.	Disease Management-Programme für wichtige chronische Erkrankungen	230
5.1.6.	Zusammenfassung: Die Struktur des zukünftigen GKV-Systems	231
5.2.	Die Neugestaltung des Systemrahmens	234
5.2.1.	Überlegungen zur Finanzierung der GKV	235
5.2.1.1.	Veränderungen der Beitragsbemessungsgrundlage	235
5.2.1.2.	Veränderungen der beitragspflichtigen Entgelte	239
5.2.1.3.	Veränderungen des versicherten Personenkreises	240
5.2.2.	Überlegungen zum Leistungskatalog der GKV	245
5.2.2.1.	Grund- und Wahlleistungen	245
5.2.2.2.	Versicherungsfremde Leistungen	248
5.2.2.3.	Leistungsansprüche aufgrund von Unfällen durch Risikosportarten	250
5.2.2.4.	Prävention und Gesundheitsförderung als systemübergreifende Aufgabe	251
5.2.3.	Zusammenfassung: Die Kernelemente des zukünftigen Systemrahmens	254

6. Implementierungs- und Controllingphase: Die Umsetzung der erarbeiteten Strategien in die Praxis	257
6.1. Das Konzept "Co-opetition"	259
6.2. Die soziale und gesellschaftliche Verantwortung der Marktteilnehmer	263
7. Zusammenfassung und Ausblick	265
<i>Literaturverzeichnis</i>	<i>273</i>

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: GKV-Leistungsausgaben in Mrd. €, Quelle: Eigene Darstellung nach BMG, KJ1
- Abb. 2: Anteil GKV-Ausgaben am BIP, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 3
- Abb. 3: Veränderungen von BIP, beitragspflichtigen Einnahmen und Leistungsausgaben pro Mitglied in % zum Vorjahr (Werte in Dreijahresdurchschnitten), Quelle: Eigene Berechnung nach BMG KJ1 und Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 3
- Abb. 4: Beitragssatzentwicklung in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung nach BMG KG1 und KM1
- Abb. 5: Direkte und indirekte Gesundheitsindikatoren, Quelle: Szathmary (1999) S. 16
- Abb. 6: Die Rektangularisierung der Mortalitätskurve (Weibliche Geburtskohorten 1889/1892 und 1992; Gebiete der Monarchie in den Grenzen der Republik Österreich), Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kytir, Institut für Demografie der ÖAW, Wien
- Abb. 7: Bewusste und sich herausbildende Strategien, Quelle: Mintzberg (1999) S. 26
- Abb. 8: Prozess des strategischen Managements in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung
- Abb. 9: Zusammenhang von normativem, strategischem und operativem Management, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher (1991) S. 56
- Abb. 10: Medikalisierungsthese, Quelle: Oberdieck (2000) S. 105
- Abb. 11: Kompressionstheorie, Quelle: Oberdieck (2000) S. 105
- Abb. 12: Wettbewerbskräfte in einer Branche, Quelle: Porter (1999) S. 28
- Abb. 13: Wettbewerbskräfte in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter (1999) S. 28
- Abb. 14: Bruttolohnquote in % von 1960 - 1998, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
- Abb. 15: Mitgliederstruktur der GKV im Jahr 2001, Quelle: BMG KM1

- Abb. 16: Anteile einzelner Leistungsarten in der GKV in % 1999 (alte Bundesländer), Quelle: Eigene Darstellung nach BMG KJ1
- Abb. 17: Selbstbeteiligungen in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung (Stand 01.01.2002)
- Abb. 18: Marktanteile der Krankenkassen nach Mitglieder zum 01.01.2001 in %, Quelle: BMG KM 1
- Abb. 19: Mitgliedergewinne bzw. -verluste von 1996 bis 2001, Quelle: Eigene Berechnung nach BMG KM1 (Stand 01.07.2001)
- Abb. 20: Risikostrukturausgleich: Transferzahlungen in Mrd. € im Jahr 2000, Quelle: Bundesversicherungsamt
- Abb. 21: Anwachsen der Transfersummen des RSA von 1995 – 2000 in Mio. €, Quelle Bundesversicherungsamt
- Abb. 22: Entwicklung der Arztzahlen (ambulant und stationär), Quelle: Statistik der Bundesärztekammer
- Abb. 23: Einwohner je Arzt (ambulant und stationär), Quelle: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung, Statistik der Bundesärztekammer 2000
- Abb. 24: Honorarumsatz abzüglich Betriebsausgaben pro Arzt im Jahresdurchschnitt 1996 - 1998 (alte Bundesländer einschließlich Berlin Ost) in 1.000 €, Quelle: Statistik der KBV (Vertragsärzte mit 4 Quartalsabrechnungen im Jahr), 1998
- Abb. 25: Nutzung des Generikapotenzials in %, Quelle: Arzneimittelverordnungsreport der Jahrgänge 1993 - 2000
- Abb. 26: Anteile am PKV-Markt in % nach verdienten Bruttobeiträgen, Quelle: Map Report 2001, www.map-report.com/pkv-mark.htm
- Abb. 27: Auswirkungen der Disease Management-Programme auf die Ausgleichsbedarfssätze des RSA, Quelle: Eigene Darstellung
- Abb. 28: SWOT-Analyse, Quelle: Eigene Darstellung
- Abb. 29: Ablaufprozess des Disease Managements, Quelle: Neuffer (1999) S. 153
- Abb. 30: Absicherung gegen Krankheit in den USA in %, Quelle: OECD (Stand 2000)
- Abb. 31: Versicherungsformen in der Schweiz im Jahr 2000 in %, Quelle BSV
- Abb. 32: Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Arztkosten, Quelle: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz (1998) Punkt 2.3 S. 9

- Abb. 33: HMO- und Hausarztssystemversicherte in der Schweiz im Jahr 2000,
Quelle: BSV Statistik über die Krankenversicherung des Jahres 2000
- Abb. 34: Deckungsbeitragsrechnung HMO Zürich-Wiedikon 1994 und 1995,
Quelle: Huber, u.a. (1997) S. 5
- Abb. 35: Leistungsdaten in Hausarztnetzen, Quelle: SanaCare (1997a)
- Abb. 36: Auszug aus der Jahresauswertung der CareMed-Netze der SanaCare,
Quelle: SanaCare (1999)
- Abb. 37: Erfolgsrechnung der CareMed-Netze ab 2002, Quelle: SanaCare (2001).
Aus der markierten Zeile kann die Ziel-, Bonus- und Malusgrenze des
beschriebenen Beispiels nachvollzogen werden.
- Abb. 38: HEDIS 2.5, Quelle: Epstein (1997) S. 151
- Abb. 39: Mögliche Vergütungsform in der ambulanten Versorgung, Quelle: Eigene
Darstellung
- Abb. 40: Managementfähigkeit von Erkrankungen, Quelle: Eigene Darstellung
- Abb. 41: Splittingverfahren zur Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von
Ehepartnern, Quelle: SVR (1997) S. 56
- Abb. 42: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in der GKV,
Quelle: BMG KJ1
- Abb. 43: The Value-Net, Quelle: Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 17

Abkürzungsverzeichnis

ACG	Adjusted Clinical Groups
ADG	Adjusted Diagnostic Groups
AMG	Arzneimittelgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
BEK	Barmer Ersatzkasse
BfArM	Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BAT	Bundesangestelltentarif
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPI	Bundesverband Pharmazeutischer Industrie
BSC	Balanced Scorecard
BSV	Bundesamt Sozialversicherung
CPT-4	Current Procedural Terminology, Fourth Edition
d.h.	das heißt
DIMDI	Medizinisches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease Management-Programm
DRG	Diagnostic Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM	Evidence Based Medicine
EQUAM	Externe Qualitätskontrolle in Managed Care
EU/BU	Erwerbsunfähigkeit/Berufsunfähigkeit
FPG	Fallpauschalengesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRAT	Gesamtrevision Ärztetarif
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HMO	Health Maintenance Organization
HPC	Health Professional Card
HTA	Health Technology Assessment
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, 9. Revision, Clinical Modification
IGAK	Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle
IKK	Innungskrankenkasse
ILIT	Interessengemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau
IMC	Integriertes Managed Care

INFES	Internationales Institut für empirische Sozialökonomie
IPA	Independent Physicians Association
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KvdR	Krankenversicherung der Rentner
MBO-Ä	Musterberufsordnung Ärzte
MCO	Managed Care-Organization
Mio.	Million
MQM	Medizinisches Qualitätsnetz München
Mrd.	Milliarde
NOG	Neuordnungsgesetz
OECD	Organisation für Economic Cooperation and Development
PKV	Private Krankenversicherung
POS	Point of Service Organization
PPO	Preferred Provider Organization
QALY	Quality Adjusted Life Years
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
s.	siehe
S.	Seite
SFR	Schweizer Franken
SGB	Sozialgesetzbuch
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
TK	Techniker Krankenkasse
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen
VfA	Verband forschender Arzneimittelhersteller
WHO	World Health Organization
WidO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
ZI	Zentralinstitut

1. Einleitung

1.1. Kosten und Outcomes als Effizienzkriterien für das GKV-System

Mehr als in vielen anderen politischen Resorts merkt der Bürger die Auswirkungen von Reformen und Veränderungen im Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung "am eigenen Leibe".

Dabei ist die überwiegende Erwartungshaltung der Beitragszahler an das System so definiert, dass im Krankheitsfalle alles Erdenkliche zur Wiederherstellung der Gesundheit getan wird und hierzu auch gut geschultes Personal vorhanden ist welches zugleich über die neuesten technischen Möglichkeiten verfügt. Kurz gesagt: Die Leistungserbringer sollen bereit sein zu helfen, wann immer sie gebraucht werden.

Aber auch beschäftigungspolitisch nimmt das Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle in der deutschen Volkswirtschaft ein: So war 1996 bereits jeder neunte Arbeitsplatz in einer Einrichtung des Gesundheitswesens zu finden¹ und seit 1970 hat sich die absolute Zahl der dort Beschäftigten annähernd verdreifacht.²

Diese sehr erfreuliche Entwicklung für den Arbeitsmarkt wirft allerdings gleichzeitig das Problem der Finanzierung eines solchen Wachstums auf. Insbesondere gilt dieser Aspekt für das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung³, wo mit etwa 130 Mrd. € ein großer Teil der für das Gesundheitswesen aufgewendeten Gelder umgesetzt wird.

¹ 1996 arbeiteten 4,05 Mio. Menschen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Davon waren 3,78 Mio. im direkten Patientenkontakt und 271.000 in Vorleistungsindustrien wie der pharmazeutischen oder der medizinisch-technischen Industrie beschäftigt; Vgl. Basys (1996)

² Vgl. SVRKAiG (1996) S. 40

³ Wenn im weiteren Verlauf der Arbeit das Kürzel „GKV“ genannt wird, ist damit das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung gemeint und nicht die gesetzlichen Krankenkassen.

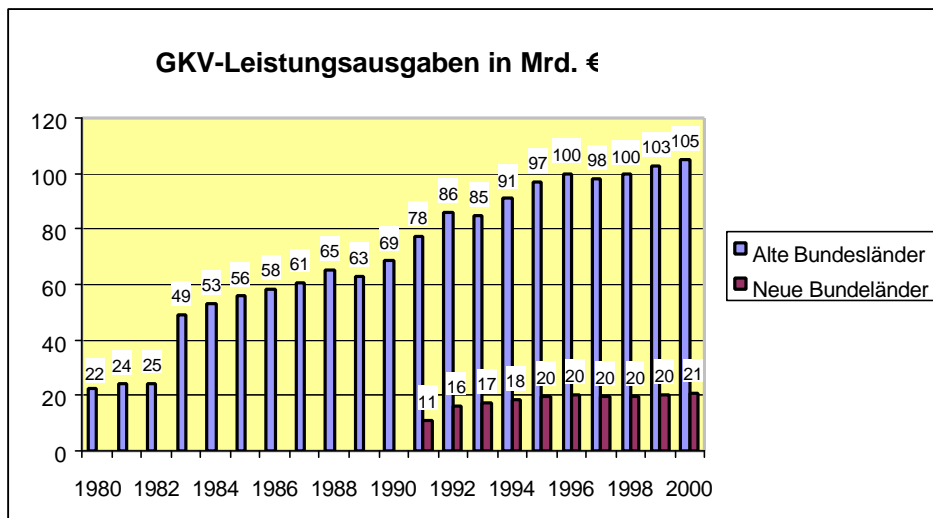


Abb.1: GKV-Leistungsausgaben in Mrd. €, Quelle: Eigene Darstellung nach BMG, KJ1

Allerdings erlauben die in Abb. 1 gezeigten Ausgabensteigerungen alleine noch keine Aussage zur Effizienz⁴ der GKV, da die Effizienz neben den Ausgaben immer auch den Outcome als zweiten Parameter berücksichtigen muss.

Um Effizienzverbesserungen innerhalb der GKV zu erzielen reicht demnach eine Konzentration auf einen der beiden Parameter nicht aus. In Deutschland wurde die Diskussion um die GKV aber lange Zeit fast ausschließlich auf eine mögliche Ausgabenbegrenzung reduziert, ohne dabei auf den Outcome zu achten. Infolge dieser einseitigen (Kosten)Betrachtung reduzierten sich auch die meisten Gesundheitsreformen der Vergangenheit auf schnell wirkende Kostendämpfungsmaßnahmen.

Ein Umdenken findet diesbezüglich erst seit relativ kurzer Zeit statt.⁵ Vor allem die voraussehbaren Entwicklungen aufgrund des demografischen Effektes scheinen das zentrale Argument dafür sein, auch die Outcomeseite stärker in den Mittelpunkt zu rücken und eine systematische Kosten- und Qualitätsevaluation als zentrales Anliegen eines modernen Gesundheitswesens zu betrachten.⁶

Eine stärkere Fokussierung auf Kosten und Outcomes wird aber auch vor dem Hintergrund einer zunehmenden Liberalisierung der Märkte in Europa immer

⁴ Effizienz misst das Verhältnis zwischen den eingesetzten Mitteln und dem erreichten Ergebnis. Davon abzugrenzen ist die Effektivität, bei der ein Produkt oder eine Dienstleistung daran gemessen wird, ob es die Leistung bringt, die unter Normalbedingungen ermittelt wurden; Vgl. Szucs (1997) S. 195 f..

⁵ Ein wesentlicher Schritt hierzu war das Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland; SVRKAIG (2000/2001c)

⁶ Vgl. Szucs (1997) S. 10

wichtiger werden. Derzeit steht den hohen Ausgaben der GKV im internationalen Vergleich kein entsprechender Qualitätsvorsprung gegenüber. Ganz im Gegenteil: Nach den Ergebnissen des jüngsten World Health Reports der WHO nimmt Deutschland in vielen Bereichen, wie z.B. der Lebenserwartung, nur einen Mittelfeldplatz ein.⁷

Begründet wird die bisherige Konzentration auf die Kostenbegrenzung in der GKV vor allem damit, dass steigende Kosten direkten Einfluss auf die Beitragssätze der Krankenkassen und damit auf die Lohnnebenkosten der Arbeitgeber haben was wiederum deren Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Kontext beeinflusst. Als Folge dieser Systematik ist auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität seit 1996 gesetzlich verankert,⁸ obwohl die Festsetzung auf einem eher zufälligem Niveau erfolgte. Die Regelung sieht vor, dass die Ausgaben der GKV maximal im Rahmen der jährlichen Grundlohnsteigerungen wachsen sollen, da die Grundlöhne die maßgebliche Berechnungsbasis der GKV-Einnahmen darstellen. Falls die Ausgaben also im gleichen Maße wachsen würden wie die Grundlöhne, wäre ein stabiler Beitragssatz für die GKV gesichert. Gründe warum die angestrebte Beitragssatzstabilität in den vergangenen Jahren nicht erreicht wurde können demzufolge in den zu stark gestiegenen Ausgaben als auch in einer zu schwach gestiegenen Beitragsbemessungsgrundlage liegen (oder beides).

Misst man beide Einflussfaktoren anhand der entsprechenden prozentualen Anteile am Bruttoinlandsprodukt, so kommt man zu folgenden Ergebnissen:

Ausgabenentwicklung: In den Jahren 1980 bis 1998 stieg der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 6,1% auf 7,6% an. Die Kosten wuchsen im betrachteten Zeitraum also entsprechend stärker als das Bruttoinlandsprodukt.

⁷ Vgl. World Health Organization (2000) S. 152

⁸ Vgl. § 71 SGB V

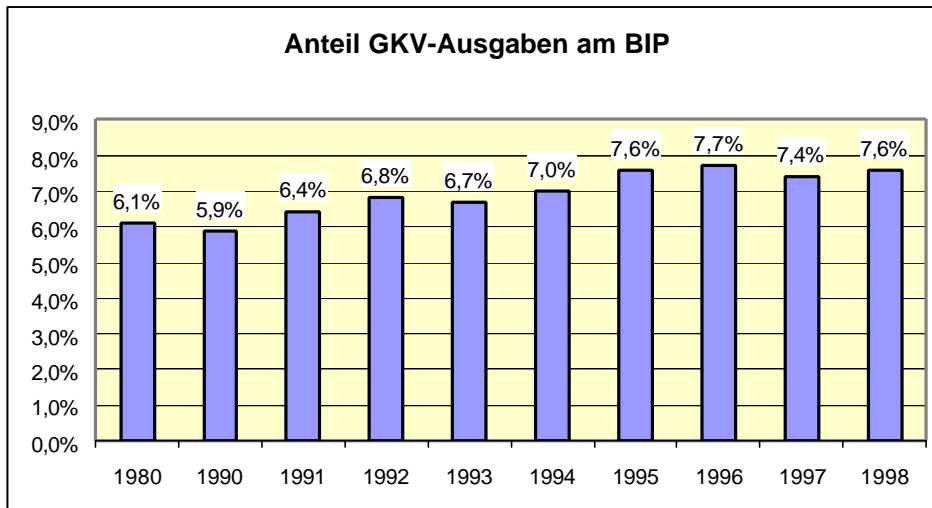


Abb. 2: Anteil GKV-Ausgaben am BIP, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 3

Grundlohnentwicklung: Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen sind abhängig von den Grundlöhnen der Mitglieder. Die Entwicklung dieser Grundlöhne zeigt jedoch gegenüber dem Bruttoinlandsprodukt über weite Strecken des betrachteten Zeitraumes geringere jährliche Zuwachsraten (Abb. 3). Vor allem seit Mitte der 90er Jahre stiegen die Grundlöhne kontinuierlich schwächer als das Bruttoinlandsprodukt.⁹

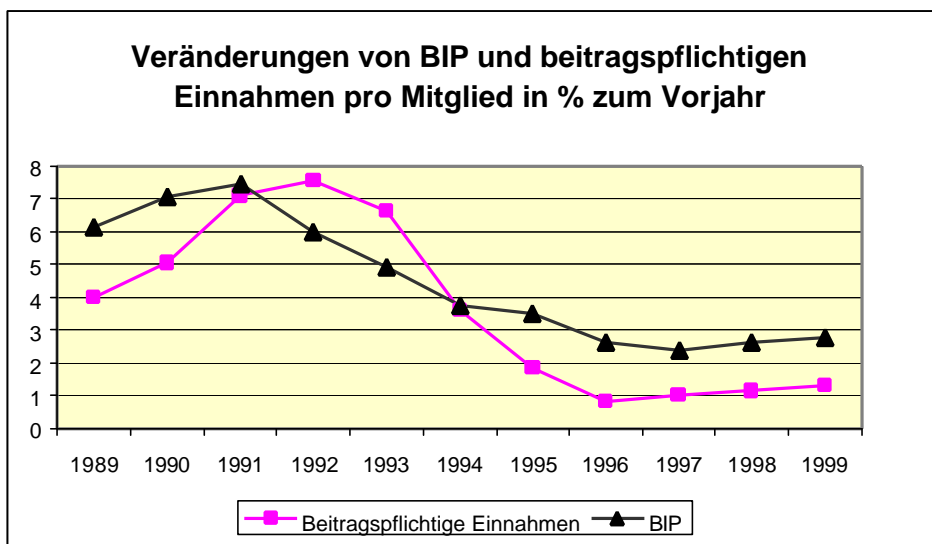


Abb. 3: Veränderungen von BIP, beitragspflichtigen Einnahmen und Leistungsausgaben pro Mitglied in % zum Vorjahr (Werte in Dreijahresdurchschnitten), Quelle: Eigene Berechnung nach BMG KJ1 und Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 3

⁹ Vgl. Braun, Kühn, Reiners (1998) S. 30

Da also die Ausgaben der GKV im Zeitraum von 1980 bis heute durchschnittlich stärker und zugleich die Beitragsbemessungsgrundlagen durchschnittlich schwächer als das Bruttoinlandsprodukt gestiegen sind, kam es zu entsprechenden Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen. Es wird also deutlich, dass die GKV sowohl ein Einnahmen- als auch ein Ausgabenproblem hat.

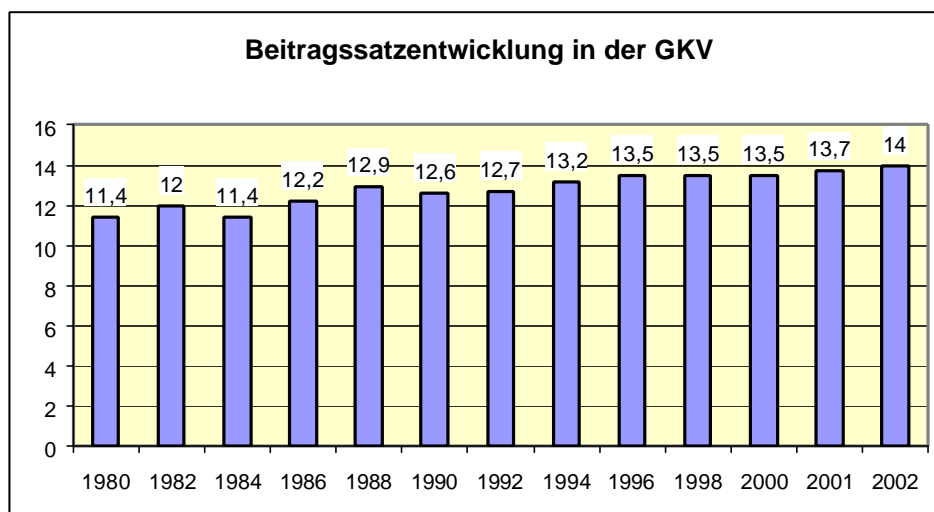


Abb. 4: Beitragssatzentwicklung in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung nach BMG KG1 und KM1

Durch die bisherige Konzentration auf den Erhalt der Beitragssatzstabilität ist zwar mittlerweile bekannt wie viele Mittel für welchen Preis wofür eingesetzt werden, allerdings existieren nur wenige Informationen darüber, was die Leistungen bewirken, welcher Qualität sie entsprechen und wie die Patienten sie bewerten.¹⁰ Eben diese Informationen sind aber für die Beurteilung der Effizienz der GKV notwendig, wenn man in der Zukunft die Frage beantworten will, ob den Versicherten nicht die zumindest gleiche Qualität der Versorgung mit geringerem Mitteleinsatz oder mit den vorhandenen Mitteln nicht eine höhere qualitative Versorgung geboten werden kann.

¹⁰ Vgl. Badura, Sigrist (1999) S. 9

1.2. Gesundheit und Krankheit

Das Versorgungssystem der GKV hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, sie wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern.¹¹

Um diese Aufgabe wirksam erfüllen zu können, bedarf es zunächst einiger Überlegungen zu den folgenden Punkten:

- Was ist Gesundheit und was ist Krankheit?
- Inwieweit kann das Gesundheitssystem überhaupt Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen?
- Wie kann Gesundheit und Krankheit gemessen werden?

Was ist Gesundheit und was ist Krankheit?

Der Begriff Gesundheit wird in den meisten nationalen Gesundheitssystemen überwiegend biomedizinisch im Sinne von Abwesenheit von Krankheit definiert. Im Wesentlichen gilt dieses für alle westlichen Industriestaaten wo Menschen überwiegend davon überzeugt sind durch eine technische Intervention Krankheit beheben zu können. „Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führt dazu, dass den Umwelteinflüssen und dem persönlichen Verhalten der Menschen - den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren - mit Gleichgültigkeit begegnet wird.“¹² Dabei werden zum Teil sogar bewusste Gesundheitsschädigungen in Kauf genommen, in der Überzeugung, dass die Technik sicherlich helfen wird.¹³ Dies macht aber auch klar, dass wir Gesundheit und Krankheit oftmals noch nicht als Prozess begreifen, sondern als statischen Zustand, der durch eine bestimmte medizinische Intervention behandelt und in Ordnung gebracht werden kann. Gesundheit als Prozess zu verstehen geht von einer kontinuierlichen Veränderung des jeweiligen Zustandes eines Menschen zwischen den beiden Extrempolen Gesundheit und Krankheit aus. Dieser Ansatz ist sehr weit gefasst. Beeinflusst

¹¹ Vgl. § 1 SGB V

¹² McKeown (1982) S. 22

¹³ Klassisches Beispiel sind hierzu die cholesterinsenkenden Arzneimittel, die nach einem zu fetten Essen genommen werden, um die Fettwerte wieder „in Ordnung zu bringen“.

wird der jeweilige Zustand durch sehr viele Faktoren z.B. die Umweltbedingungen, den Lebensstil, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Da sich diese einwirkenden Faktoren ständig ändern, muss der Mensch aktiv mit den die Gesundheit bedrohenden Faktoren umgehen, um sich auf dem Kontinuum nicht zu weit in Richtung Krankheit zu bewegen. A. Antonovsky, der dieses Konzept der Salutogenese entwickelte, gibt dazu folgendes praktisches Beispiel: Ich gehe davon aus, [...] um eine [...] Metapher zu wählen, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. [...] Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann.“¹⁴ Pathogenetische Ansätze reichen nach A. Antonovsky also nicht mehr aus, um Gesundheit ausreichend zu erklären, da Gesundheit und Krankheit im Kontext komplexer und biologischer Systeme entstehen.

Demzufolge wird die Definition der WHO, die Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet, unter Experten auch eher kritisch gesehen.¹⁵ Denn bei wörtlicher Auslegung wäre dann nahezu jeder Mensch als krank einzustufen. Allerdings orientiert sich die Wellnessbranche mit großem Erfolg an dieser Definition. Um die Aufgaben eines Gesundheitssystems zu beschreiben bietet sie allerdings keine brauchbare Grundlage.

Inwieweit kann das Gesundheitssystem überhaupt Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen?

Begreift man Gesundheit tatsächlich als Prozess, der durch viele in der Umwelt des Menschen liegende Faktoren, aber auch durch dessen eigenes Verhalten beeinflusst werden kann, so werden zunächst einmal die begrenzten Möglichkeiten des Gesundheitssystems deutlich. So meint M. Arnold, dass körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden nicht nur - vermutlich nicht einmal

¹⁴ Antonovsky (1993) S. 11

¹⁵ Vgl. Schwartz, Siegrist, Troschke (1997) S. 11

vornehmlich - von den Möglichkeiten der Medizin und dem Zugang zum medizinischen Versorgungssystem abhängen.¹⁶ Die epidemiologische und sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat mittlerweile eine Vielzahl von Faktoren identifiziert, denen eine salutogene (also eine gesundheitsfördernde) Funktion zugeschrieben werden. Als Beispiel seien hier der soziale Status, aktive Teilnahme der Menschen am sozialen und kulturellen Leben, reduzierte Umweltbelastungen, entsprechende Anforderungen im Beruf und gesundheitsfördernde Lebensweisen genannt.¹⁷

Aus diesen Gründen wird bei der Berechnung des tatsächlichen Einflusses des Gesundheitssystems auf die Lebenserwartung allgemein davon ausgegangen, dass sich dieser Anteil bei etwa bei 10 - 30% bewegen wird.¹⁸ Trotzdem darf aus diesen Feststellungen nicht der Schluss gezogen werden das die Auseinandersetzungen mit der Effizienz des Gesundheitssystems überflüssig sei und große Teile der Gelder eingespart bzw. in andere Ressorts umgeleitet werden könnten.

Betrachtet man nämlich die Bevölkerungs- und Individualgesundheit nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Lebenserwartung, sondern auch unter dem Aspekt der Lebensqualität, so kommt dem Gesundheitswesen eine sehr große Bedeutung zu. Wesentliche Bereiche sind hierbei die Linderung der Leiden sowie die Wiederherstellung oder Verbesserung von Morbidität und sozialen bzw. funktionalen Kompetenzen.¹⁹ Gerade dort hat das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren sehr wohl Werte geschaffen und vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Krankheitspanoramas (weg von den Infektionskrankheiten und Seuchen des 19. Jahrhunderts, hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen) wird dessen Bedeutung in Zukunft auch eher zunehmen, weil immer mehr Menschen eine Erkrankungsepisode eben chronisch-degenerativ erkrankt überleben werden.²⁰

¹⁶ Vgl. Arnold (1997) S. 214

¹⁷ Vgl. Noack (1996) S. 38

¹⁸ Vgl. Rosenbrock (2001) S. 751

¹⁹ Vgl. Wismar, Busse, Schwartz (1998) S. 1

²⁰ Vgl. Köck (1996) S. 8

Kann Gesundheit und Krankheit gemessen werden?

Auf den ersten Blick muss diese Frage verneint werden, denn man kann Gesundheits- und Krankheitszustände von Menschen nicht einfach anhand einer transparenten und ständig zur Verfügung stehenden Kennzahl eindeutig bestimmen. Hier spielen die vielfältigen Einflüsse auf die Gesundheit eines Menschen und die problematische Eliminierung einzelner Einflüsse eine Rolle. Alleine das Verhalten eines Menschen oder dessen gegenwärtige psychische Verfassung kann dazu führen, dass die gleiche Therapie in einem Fall erfolgreich und im anderen Fall nicht erfolgreich wirkt.

Trotzdem versucht die Outcomes Research-Forschung seit Ende der 70er Jahre im Rahmen von großen Studien über lange Zeiträume Lösungen für diese Probleme zu finden. So hat beispielsweise die Rand Corporation im Rahmen einer solchen Untersuchung für amerikanische Krankenversicherungen (Health Insurance Study) einen Gesundheitsindex entwickelt, der den Gesundheitszustand einer Person auf einer Punkteskala von 0 - 100 abbildet. Ein gesunder Mensch erreicht dabei eine hohe Punktzahl und ein Kranker eine eher niedrigere Punktzahl.

Berücksichtigt man in solchen Indizes neben der Beschreibung des Gesundheitszustandes eines Menschen (direkte Indikatoren) weitere Faktoren, die z.B. auch das Umfeld widerspiegeln in dem sich ein Mensch bewegt (indirekte Indikatoren), so wird zusätzlich deutlich welchem Erkrankungsrisiko diese Person ausgesetzt ist und wie groß die Chance ist anschließend schnellstmöglich wieder gesund zu werden.²¹

Weitere ergänzende Instrumente können z.B. die zur Messung der Lebensqualität eingesetzten Indizes wie die Rosser Skala, der Quality of Well Being-Index oder der Health Utility-Index sein.²²

²¹ Vgl. Szathmary (1999) S. 16

²² Auf die Kosten-Nutzwert-Analyse wird im Kapitel 4.2.4.3.2 genauer eingegangen.

Direkte und indirekte Indikatoren zur Messung von Krankheit:

Indikator		Variablen
Direkt	Physische Gesundheit	Lebenserwartung, Morbidität, Mobilität, psychische/soziale/Haushalts- und Freizeitaktivitäten, individuelle Gesundheitsrisiken (Rauchen, Ernährung, Übergewicht)
	Psychische Gesundheit	Depression, Angstzustände, Emotionale Kontrolle, Selbstwertgefühl, Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelmisbrauch, Suizid
	Soziale Gesundheit	Soziale Kontakte, Arbeits- und Erwerbstätigkeit, Pflegebedürftigkeit
	Generelle Gesundheitseinschätzung	Empfindlichkeit, Besorgnis, Krankheitsbewusstsein, subjektive Gesundheitseinschätzung, Lebensqualität
Indirekt	Umweltbezogene Gesundheitsrisiken	Verkehrs-, Arbeits-, Haushalts- und Freizeitunfälle, Berufskrankheiten, Umweltverschmutzung, Lärmbelästigung
	Gesundheitsschutz (Prävention)	Gesundheitserziehung, Arbeits- und Umweltschutz, Vorsorge- und Beratungsdienstleistungen, Früherkennungsuntersuchungen, Hygiene, Impfungen
	Gesundheitsversorgung	Ambulante ärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, soziale Leistungen, therapeutische/diagnostische Leistungen, Geldleistungen
	Einrichtungen	Gesundheitsämter, Vorsorge- und Beratungsdienste, medizinische und soziale Pflegedienste, Krankenhäuser, Praxen, therapeutische Einrichtungen, Rettungsdienste
	Beschäftigte	im Gesundheitswesen tätige Personen nach Beruf und nach Einrichtung, Ausbildungsplätze
	Ausgaben/Finanzierung	Angaben nach Leistungsart/Ausgabenart/Ausgabenträger, Krankenversicherungsschutz, Angebotsentwicklung, Preisentwicklung, Beitragssatzentwicklung

Abb. 5: Direkte und indirekte Gesundheitsindikatoren, Quelle: Zweifel/Zysset-Pedroni, 1992

1.3. (New) Public Health und die GKV

Die Public Health Forschung hat in den vergangenen Jahren einen enormen Wandel vollzogen, den Experten auch mit den Begriffen „Old Public Health“ und „New Public Health“ bezeichnen.²³ Kernelement dieser Veränderung ist die Erkenntnis, dass das Behandlungsmanagement von Krankheiten fächerübergreifender Ansätze und Strategien bedarf. Fächerübergreifend hinsichtlich der Integration aller präventiver, kurativer und rehabilitativer Bereiche aber auch betreffend der Integration von Bereichen, die bisher unabhängig vom Gesundheitswesen betrachtet wurden (z.B. Umwelt, Wirtschaft, Bildung, etc.).

Zu den im Old Public Health-Ansatz stark im Vordergrund stehenden biomedizinischen Wissenschaften treten demnach im New Public Health-Ansatz u.a. auch Ökonomie, Politik, Management und Gesundheitssystemforschung als weitere Disziplinen hinzu.²⁴ New Public Health bezeichnet also einen interdisziplinären Wissenschafts- und Praxisbereich, der in einem modernen Gesundheitssystem zwei Funktionen zu erfüllen hat:

- Entwicklung, Unterstützung und Evaluierung von bevölkerungsweiten Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien
 - Koordinierung, Gestaltung und Evaluierung der Kuration einschließlich Pflege
- Dabei werden die relevanten Erkenntnisse der oben genannten Wissenschaften zusammengeführt und praktisch umgesetzt.²⁵

R. Rosenbrock definiert Public Health als „Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung bzw. Vermehrung von Gesundheitsressourcen mittels überwiegend nichtmedizinischer Interventionen. Public Health analysiert und beeinflusst dabei die hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbaren Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten.“²⁶

²³ Vgl. Brenner (1998), Geleitwort

²⁴ Vgl. Schwartz (1998b) S. 4

²⁵ Vgl. Noack (1995) S. 338

²⁶ Rosenbrock (2001) S. 754

Diese starke Einbeziehung der nichtmedizinischen Disziplinen kann auch als wesentlicher Grund für die Resonanz und das rasche Wachstum von Public Health in den letzten Jahren angesehen werden.²⁷ Heute scheint klar zu sein, dass viele Faktoren, die in der Umwelt und dem Verhalten der Menschen liegen, für Gesundheit bzw. Krankheit verantwortlich sind. Will man diese Erkenntnisse für das Gesundheitssystem nutzbar machen, so bedarf es eben ganzheitlicher Strategien und Public Health kann hierbei, aufgrund der multiwissenschaftlichen Ausrichtung, eine integrierende Rolle übernehmen. Denn wenn das „Unternehmen Gesundheit“, wie E. Huber es bezeichnet, ganzheitlich zu einer lernenden Organisation weiterentwickelt wird, dann sollte Public Health hierbei eine Schlüsselposition besetzen.²⁸

Deutlich wird der durch eine Integration der verschiedener Disziplinen erreichbare Nutzen für das Gesundheitswesen durch die folgende Abbildung:

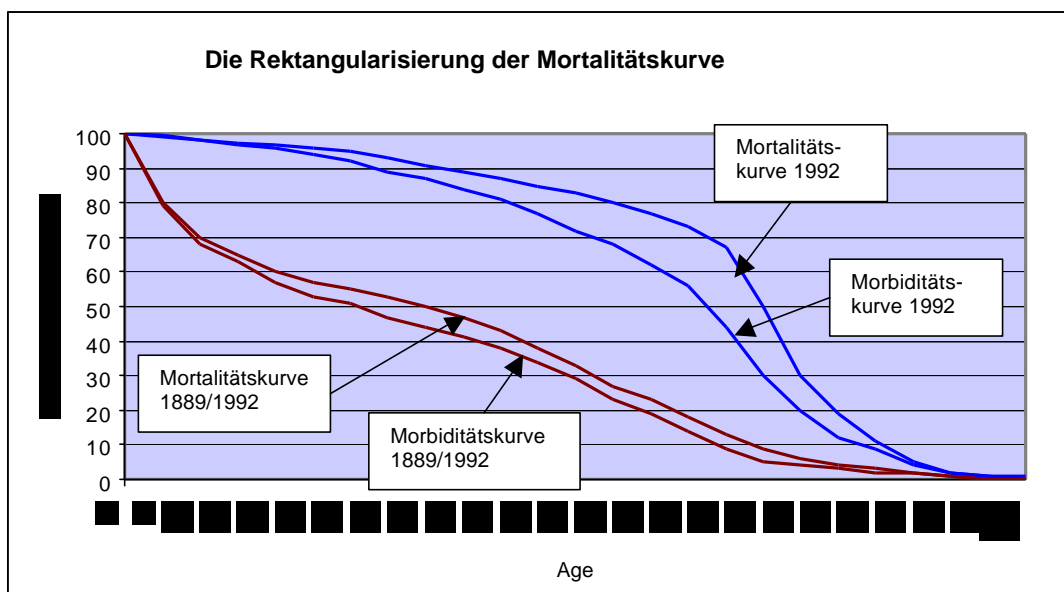


Abb. 6: Die Rektangularisierung der Mortalitätskurve (Weibliche Geburtskohorten 1889/1992 und 1992; Gebiete der Monarchie in den Grenzen der Republik Österreich), Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kytir, Institut für Demografie der ÖAW, Wien

Insgesamt zeigt die Grafik eine deutliche Verschiebung der Mortalitätskurve nach rechts, was zum großen Teil auf die starken epidemiologischen Veränderungen

²⁷ Vgl. Noack (1995) S. 338

²⁸ Vgl. Huber (1995) S. 10

innerhalb des betrachteten Zeitraums zurückzuführen ist. So spielen z.B. heute Säuglingssterblichkeit und Seuchen kaum noch eine Rolle und somit überleben mittlerweile auch etwa 90% der Menschen ihren 50sten Geburtstag (1889/92 waren es weniger als 50%). Allerdings bedeutet die Verschiebung der Mortalitätskurve auch zugleich die Notwendigkeit einer genauen Beobachtung der Morbiditätskurve, da diese von entscheidender Bedeutung für das Gesundheitssystem ist. Sobald sich nämlich die Morbiditätskurve nicht in gleichem Umfang wie die Mortalitätskurve nach rechts bewegt, steigen die Anforderungen an das Gesundheitssystem. Das genau dieses im Zeitverlauf passiert ist, lässt sich daran erkennen, dass die Lücke zwischen Mortalitäts- und Morbiditätskurve größer geworden ist. Zum einen ist dieses sicherlich auf die bereits geschilderte Veränderung der Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen zurückzuführen. Zum anderen ist aber auch eine kulturbedingte und im Zeitverlauf sich verändernde Definition von Krankheit für die gestiegenen Leistungsanforderungen an das Gesundheitssystem entscheidend. Derzeit gilt z.B. allgemein ein dauerhaft über der Grenze von 160/95 mm Hg liegender Blutdruck als eine behandlungsbedürftige Krankheit.²⁹ Würde diese Grenze zukünftig im allgemeinen medizinischen Verständnis auf 140/90 mm Hg abgesenkt werden, vergrößerte sich bereits durch diese veränderte Krankheitsdefinition die beschriebene Lücke zwischen Morbiditäts- und Mortalitätskurve. Ein Grund hierfür ist, dass mittlerweile viele altersbedingte Beschwerden, die vor Jahren von den Menschen noch als Leiden hingenommen wurden, in der heutigen Gesellschaft als behandlungsbedürftige - und vom Gesundheitssystem zu finanzierende - Krankheiten gelten.

Damit sich die beschriebene Lücke zwischen Mortalitäts- und Morbiditätskurve mittel- bis langfristig nicht weiter vergrößert, bedarf es neben einem effizient organisierten GKV-System auch eines ganzheitlichen und multidisziplinären Vorgehens wo u.a. auch gesellschaftliche Aspekte eine Rolle spielen und wo Public Health eine wichtige integrierende Funktion übernehmen kann.

²⁹ Duden (1998) S. 359

1.4. Ziel und Vorgehensweise der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist als Handlungsempfehlung für die Gesundheitspolitik zu verstehen. Sie konzentriert sich dabei explizit auf das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung und versucht dort, vor allem durch die Neugestaltung der Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme sowie durch die Überarbeitung des Systemrahmens (Festlegung des Leistungsumfanges, der Beitragsberechnungsgrundlagen und des versicherten Personenkreises), die Effizienz des Systems langfristig zu verbessern.

Denn derzeit scheint das Versorgungssystem der GKV immer mehr von überzogenen Einzelinteressen der Beteiligten zerrissen zu werden. Vor allem zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist das Gegeneinander eher der Regelfall. Gleichzeitig hofft die Politik darauf, dass sich die Verhandlungspartner der Selbstverwaltung trotz ihrer unterschiedlichen Positionen, nach wie vor auf vernünftige Kompromisse einigen können und nicht ständig die Belastbarkeit des Systems austesten.³⁰

Durch den vom Gesetzgeber initiierten Wettbewerb zwischen den Marktteilnehmern (vor allem zwischen den Krankenkassen), als auch durch die anhaltenden Diskussionen um die Kosten des GKV-Systems lassen sich Kompromisslösungen zwischen den Beteiligten aber immer schwieriger realisieren. Hinzu kommt eine gestiegene Kostentransparenz, wodurch die Marktteilnehmer die zur Diskussion stehenden Lösungsoptionen relativ schnell auf die Bedeutung für die eigene Finanzsituation bewerten können. Entsprechend dieser Ergebnisse verhalten sich die Betroffenen dann auch in den Verhandlungen. Es kommt einerseits zu sehr langwierigen Diskussionsprozessen und andererseits am Ende auch zu einem Konsens auf niedrigem Niveau. Als Beispiel sei hier auf die derzeit geführten Diskussionen um die Disease Management-Programme oder die Festlegung der Relativgewichte im Rahmen der DRG-Einführung verwiesen.

Aus Sicht des Verfassers ist es Aufgabe der Gesundheitspolitik, den inhaltlichen und strukturelle Rahmen - mit Hilfe der Wissenschaft und nach Anhörung der

Beteiligten - nachhaltig zu regeln und damit die Richtung zu bestimmen, in die sich das GKV-System entwickeln soll. Bei zunehmendem Wettbewerb kann es nämlich nicht zu optimalen Ergebnissen für das GKV-System kommen, wenn die Marktteilnehmer mit ihren unterschiedlichsten Interessen aufgefordert werden sich einvernehmlich auf Kompromisse zu bestimmten Wettbewerbsfragen zu einigen.

Grundlage und Struktur für die Erarbeitung der Handlungsempfehlung für die Gesundheitspolitik soll das auf Unternehmensebene bereits seit Jahren angewandte Konzept des strategischen Managements sein. Demnach erfolgt also eine Adaption des strategischen Managementprozesses von der institutionellen Ebene des Unternehmens auf die übergeordnete Ebene einer Branche (hier GKV).³¹

Für den Einsatz des strategischen Managements zur Neuausrichtung des Versorgungssystems der GKV sprechen mehrere Gründe:

- Der systematische und zielorientierte Ansatz des strategischen Managements: Die Ausrichtung und Positionierung der GKV erfolgte in der Vergangenheit nur sehr unzureichend auf der Basis langfristiger Strategien. Diese fehlende Strategieorientierung der gesundheitspolitischen Maßnahmen wird auch in den Gutachten des Sachverständigenrates erwähnt.³² Zwar gibt es durchaus überregionale (WHO) oder regionale (bundeslandspezifische) Gesundheitsziele, allerdings handelt es sich dabei überwiegend um Versorgungsziele. Strategien zur Definition der mittel- bis langfristigen Entwicklung und Positionierung der GKV sind jedoch - bis auf das finanzpolitische Ziel der Erhaltung der Beitragssatzstabilität - nicht bekannt.
- Der mittel- bis langfristige Ansatz des strategischen Managements: Daneben spricht aber auch die langfristige Ausrichtung für eine Adaption des strategischen Managements auf die GKV. Denn gerade in der GKV wurde bisher die langfristige Sichtweise häufig durch den politischen Zwang zu

³⁰ Vgl. Monka (1999) S. 347 ff.

³¹ Inwieweit dieses überhaupt möglich ist und welche Erfahrungen mit solchen Adaptionen bereits vorliegen wird in Kapitel 2.2 der Arbeit diskutiert.

³² Vgl. SVRKAiG (2000/2001a) S. 15 ff.

kurzfristigem Erfolg überlagert und dieser wird nun einmal am schnellsten durch direkte Eingriffe in die Leistungsmengen oder -preise erzielt.³³ Zur Realisierung von Effizienzsteigerungen bedarf es allerdings einer Verhaltensänderung der Marktteilnehmer was kurzfristig aber nicht erreichbar ist.

- Der ganzheitliche übergreifende Ansatz des strategischen Managements: Weiterhin ist die Ausrichtung des strategischen Managements immer auch ganzheitlich, d.h. auf ein gesamtes Unternehmen zu beziehen. Es geht eben nicht um die Optimierung einzelner strategischer Geschäftseinheiten, sondern um den Erfolg des gesamten Unternehmens. Gleiches gilt für die GKV: Es soll eine verbesserte Effizienz des Versorgungssystems als Ganzes erreicht werden. Bisher kommt es u.a. aufgrund der sektoralen Budgetierung immer wieder zu Kostenverschiebungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Effizienzgewinne für die Branche werden dadurch aber nicht realisiert, da die Marktteilnehmer (mikroökonomisch nachvollziehbar) lediglich innerhalb des eigenen Sektors optimieren und an einer ganzheitlichen Sichtweise nicht interessiert sind.

Die Vorgehensweise der Arbeit richtet sich dementsprechend auch am Prozess des strategischen Managements aus, der im Wesentlichen aus den Phasen der Analyse, Planung, und der Implementierung inkl. eines Controllings besteht.

³³ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 38

2. Die Grundzüge des strategischen Managements

2.1. Strategisches Management in der Gesundheitspolitik

Begriffe wie Strategie, strategisches Management und strategische Planung werden heutzutage sehr oft und in fast beliebigen Zusammenhängen genutzt. In vielen Fällen dient der Zusatz „strategisch“ dabei nur dazu, um die Wichtigkeit des jeweiligen Unterfangens oder einer anstehenden Entscheidung zu betonen.

Ursprünglich stammt der Strategiebegriff aus dem militärischen Bereich und wurde dort als Kunst der Heeresführung definiert. Im 18. Jahrhundert bezeichnete C. von Clausewitz in seinem Werk „Vom Kriege“ Taktik als die Lehre vom Gebrauch der Streitkräfte im Gefecht und Strategie als die Lehre vom Gebrauch der Streitkräfte zum Zwecke des Krieges.³⁴

Im unternehmensbezogenen Kontext kann strategisches Management als die Kunst und Wissenschaft bezeichnet werden, alle Kräfte eines Unternehmens so zu entwickeln und einzusetzen, dass ein möglichst profitables und langfristiges Überleben des Unternehmens gesichert wird.³⁵ Diese Position soll durch den Aufbau und die kontinuierliche Sicherung von Erfolgspotenzialen gegenüber den Wettbewerbern erreicht werden.³⁶ Strategisches Management hebt sich damit deutlich vom operativen Management im Alltag ab.³⁷

Allerdings gibt es zum strategischen Management sehr unterschiedliche Ansätze, so dass nicht von *dem* Konzept gesprochen werden kann. H. Mintzberg beschreibt in seinem Werk „Strategy Safari“ zehn verschiedene Denkschulen des strategischen Managements, wobei jede dieser Schulen von einem ganz bestimmten Blickwinkel ausgeht.³⁸

- Die Designschule: Strategieentwicklung als konzeptioneller Prozess
- Die Planungsschule: Strategieentwicklung als formaler Prozess
- Die Positionierungsschule: Strategieentwicklung als analytischer Prozess

³⁴ Vgl. Clausewitz von (1952) S. 222

³⁵ Vgl. Simon (2000) S. 9

³⁶ Vgl. Simon (2000) S. 9

³⁷ Vgl. Jung, Kleine (1993) S. 265

³⁸ Vgl. Mintzberg (1999) S. 17

- Die Unternehmerschule: Strategieentwicklung als visionärer Prozess
- Die kognitive Schule: Strategieentwicklung als mentaler Prozess
- Die Lernschule: Strategieentwicklung als sich herausbildender Prozess
- Die Machtschule: Strategieentwicklung als Verhandlungsprozess
- Die Kulturschule: Strategieentwicklung als kollektiver Prozess
- Die Umweltschule: Strategieentwicklung als reaktiver Prozess
- Die Konfigurationsschule: Strategieentwicklung als Transformationsprozess³⁹

Als die einflussreichsten Schulen auf dem Gebiet der Strategieentwicklung gelten dabei die traditionellen Ansätze *der Planungs- und Designschule*, die auch Bestandteil zahlreicher Ausarbeitungen auf dem Gebiet des strategischen Managements sind. Deren wesentliches Kennzeichen ist die formale Vorgehensweise im Rahmen eines streng kontrollierten Prozesses.⁴⁰ Es erfolgt somit eine vollständige Konzentration auf den Prozess der Erarbeitung von Strategien, Hinweise zu Strategieinhalten werden nicht gegeben.⁴¹ Bei den Vertretern der Planungsschule ist die Vorgehensweise am stärksten standardisiert und beruht auf einer Reihe von formalen Analysen und Zahlen. Es gibt detaillierte Checklisten anhand derer zunächst die externen und internen Bedingungen untersucht werden. Der gesamte Prozess wird dabei in viele kleine Stücke zerlegt und auch die Strategien bestehen am Ende aus einer Vielzahl von Substrategien, bis hin zur Ausarbeitung von Budgets und operativen Plänen. Dabei soll das Top-Management zwar eigentlich der Architekt der Strategie bleiben, doch durch die starke Formalisierung des Prozesses sind es in Wirklichkeit die Planungsabteilungen, die über die Strategien bestimmen.⁴²

Bei beiden Schulen erfolgt ferner eine klare Trennung zwischen Strategieplanung und -implementierung: Die Planung ist dann abgeschlossen, wenn die Strategie fertig formuliert vorliegt, anschließend kann dann mit der Umsetzung begonnen werden. Diese strikte Trennung der Phasen ist zugleich auch einer der wesentlichsten Kritikpunkte an diesen traditionellen Schulen, da nur wenig Raum für ein Lernen während der Implementierung in Form von sich herausbildenden

³⁹ Vgl. Mintzberg (1999) S. 395

⁴⁰ Vgl. Mintzberg (1999) S. 38

⁴¹ Vgl. Mintzberg (1999) S. 42

⁴² Vgl. Mintzberg (1999) S. 74 f.

Strategien gelassen wird. Eine abschließende detaillierte Vorausplanung der gesamten Strategie sei in der Realität aber nicht möglich, so die Kritiker, da sich die Rahmenbedingungen eines Unternehmens ständig verändern und somit entsprechend flexibel reagiert werden muss. Aus diesem Grund kommt es neben den geplanten immer auch zu sich herausbildenden Strategien, die dann zusammen für die tatsächlich realisierten Strategien verantwortlich sind.⁴³

Anfang der 80er Jahre sorgte die *Positionierungsschule* für eine neue Richtung im strategischen Management. Zwar übernahm sie ebenfalls viele Prämissen der Designschule, allerdings konzentriert sie sich darüber hinaus auch auf den Inhalt der Strategien selbst.⁴⁴ Die Positionierungsschule entwickelte eine begrenzte Zahl übergeordneter (generischer) Strategien, wobei vor allem die Strategien der Kostenführerschaft, Differenzierung und der Nischenkonzentration zu nennen sind.⁴⁵ Die Strategieentwicklung selbst wird aber auch in der Positionierungsschule weiterhin als formaler Prozess gesehen. Die Kritik ist deshalb auch ähnlich der vorherigen Schulen und vor allem in der formalen und analytischen Vorgehensweise zu sehen. H. Mintzberg beanstandet dieses sehr deutlich indem er sagt: Die Botschaft lautet nicht „geht hinaus und lernt“, sondern „bleibt zu Hause und rechnet.“⁴⁶ Er bezeichnet die Positionierungsschule demzufolge auch als Mittel zur Durchführung strategischer Analysen, die den Prozess der Strategieentwicklung unterstützen.⁴⁷

Aus den Beschreibungen und vor allem aus den kritischen Anmerkungen zu den bisher vorgestellten Schulen wird deutlich, dass diese - auf Unternehmensebene sicherlich sehr einflussreichen Ansätze des strategischen Managements - eine einfache Übertragung auf das GKV-System eher schwierig erscheinen lassen. Vor allem die Komplexität der Branche sowie die Vielzahl der beteiligten Personen und Institutionen lassen einen detaillierten und formalen Planungsprozess kaum zu.⁴⁸

⁴³ Vgl. Mintzberg (1999) S. 48 f.

⁴⁴ Vgl. Mintzberg (1999) S. 100

⁴⁵ Vgl. Porter (1999) S. 61

⁴⁶ Vgl. Mintzberg (1999) S. 135 f.

⁴⁷ Vgl. Mintzberg (1999) S. 144

⁴⁸ Ob überhaupt das Konzept des strategischen Managements auf eine Branche übertragen werden kann, wird in Kap. 2.2 untersucht.

Auch gibt es in der GKV nicht den visionären Führer wie ihn z.B. die unternehmerische Schule fordert.⁴⁹ Diese baut eben vor allem auf die Vision und Führungsstärke des Top-Managements. Die Strategie kann in diesem Zusammenhang auch als das Gefühl für die langfristige Richtung beschrieben werden, das sich beim Unternehmensführer entwickelt.⁵⁰

Für den Strategieentwicklungsprozess des GKV-Systems scheint deshalb der kritische Ansatz der *Lernschule* von besonderer Bedeutung zu sein. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage wie sich Strategien in einem Unternehmen herausbilden und nicht wie sie formuliert werden.⁵¹ Laut H. Mintzberg lassen die unvorhersehbaren Entwicklungen im Unternehmen und in der Außenwelt eine rein auf planerischen Analysen basierende Strategieformulierung nicht zu. Aufgabe der Führung ist es deshalb nicht Strategien zu entwickeln, sondern den Prozess des strategischen Lernens so zu managen, dass neue Strategien entstehen können.⁵² Diese können durchaus von einzelnen Mitarbeitern oder Abteilungen initiiert werden, sind also nicht zwangsweise dem Management vorbehalten und können sich sogar manchmal auch zufällig ergeben.⁵³ Ihre Entwicklung verdankt diese Schule einer Veröffentlichung von C. Lindblom 1959 unter dem Titel „The Science of Muddling Through“. C. Lindblom beobachtete darin, dass der (Regierungs-)Politik kein klar kontrollierter Prozess zugrunde liegt, sondern dass es sich um ein chaotisches Durcheinander von Aktivitäten handelt. Verschiedene Bereiche würden zu unterschiedlichen Zeitpunkten analysiert, ohne dass eine Koordination erfolge. Politik sei deshalb ein nie endender Prozess aufeinanderfolgender Schritte, bei denen an die Stelle eines einmaligen, kräftigen Zubeißens ein ständiges Nagen trete. Er argumentierte weiter, dass der Schritt für Schritt vorgehende Inkrementalist ein Problemlöser sei, der tapfer mit dem Universum ringt aber klug genug ist um zu wissen, dass es zu groß für ihn ist.⁵⁴

⁴⁹ Vgl. Mintzberg (1999) S. 148

⁵⁰ Vgl. Mintzberg (1999) S. 168

⁵¹ Dieses war die Herangehensweise der drei erstgenannten Schulen; Vgl. Mintzberg (1999) S. 205

⁵² Vgl. Mintzberg (1999) S. 238

⁵³ Vgl. Mintzberg (1999) S. 206

⁵⁴ Vgl. Lindblom (1968) S. 25 f.

Auch auf Unternehmensebene zeigt sich immer wieder, dass es durchaus Unterschiede zwischen den beabsichtigten und den umgesetzten Strategien gibt, also zwischen dem was geplant und was tatsächlich realisiert wird. Gründe hierfür liegen einerseits in der Umwelt der Unternehmens, können aber auch in den ständigen Veränderungen der eigenen Organisation begründet sein. Da das interne und externe Umfeld also nicht statisch ist, sind die Unternehmen gezwungen ständig flexibel zu reagieren. Es werden demzufolge step by step Maßnahmen umgesetzt, die sich mit der Zeit zu einem Muster entwickeln (sich herausbildende Strategien) und zusammen mit den geplanten für die tatsächlich realisierten Strategien verantwortlich sind.⁵⁵

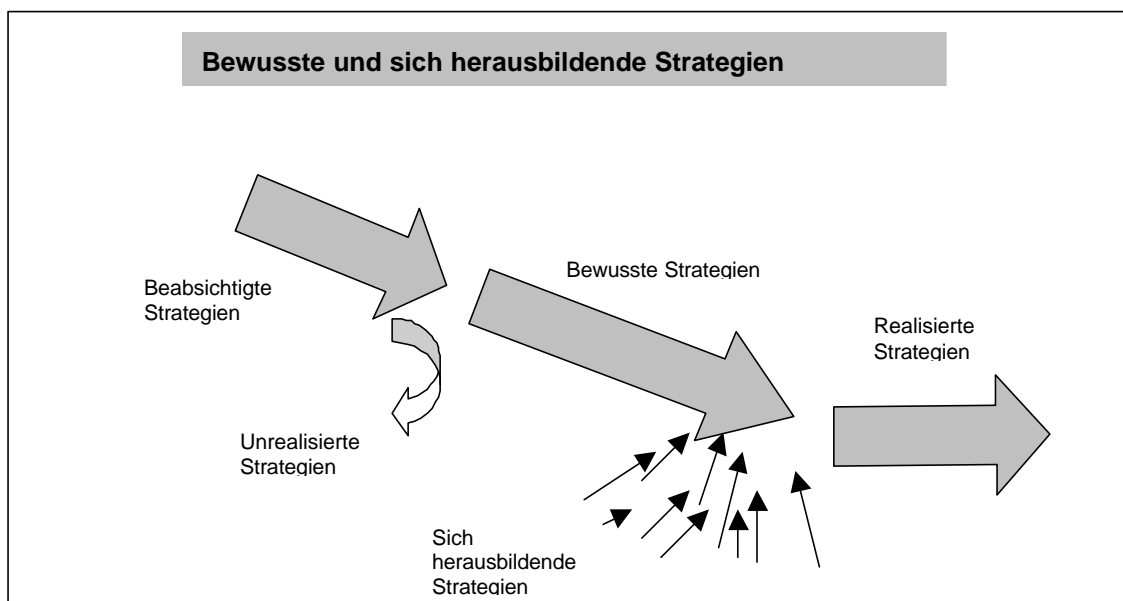


Abb. 7: Bewusste und sich herausbildende Strategien, Quelle: Mintzberg (1999) S. 26

H. Mintzberg, ein Vertreter der Lernschule, geht davon aus, dass in der Realität eine Strategie nie völlig bewusst entwickelt werden kann aber sich auch nie zur Gänze herausbildet. Das eine Extrem würde bedeuten, dass das Unternehmen nichts lernt und das andere, dass es keine Kontrolle hat. Effektive Strategien verfügen deshalb über die richtige Mischung.⁵⁶

⁵⁵ Vgl. Mintzberg (1999) S. 24 f.

⁵⁶ Vgl. Mintzberg (1999) S. 25

Einer solchen Mischung aus traditionellen, analytischen Ansätzen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der kritischen Lernschule entspricht die *Schirmstrategie*, die deshalb auch die Basis für den Strategieentwicklungsprozess der GKV darstellen soll. Hierbei werden die groben Umrisse einer Strategie bewusst festgelegt, während zugleich zugelassen wird, dass sich die Details auf dem Weg dorthin durch ständiges Lernen ergeben.

Ein Vertreter genau dieser Vorgehensweise ist J.B. Quinn, der die Ansätze der Designschule und der Lernschule integriert. Er weist dem Top-Management nach wie vor eine dominierende Rolle zu, beschreibt dessen Aufgabe aber damit, die Menschen selektiv zu einem breitgefassten Organisationsziel zu führen. Weiter geht J.B. Quinn davon aus, dass Strategen Visionen nach vorne treiben, die sich aber ständig selbst verändern und verbessern.⁵⁷ „Die tatsächliche Strategie entwickelt sich meist, indem interne Entscheidungen und externe Ereignisse zusammenfließen, was zur Folge hat, dass sich zwischen den wichtigsten Mitarbeitern der Unternehmensleitung ein neuer, allgemein geteilter Handlungskonsens entwickelt. In gut geführten Organisationen lenken die Manager diese Handlungs- und Ergebnisströme aktiv, so dass inkrementell eine bewusste Strategie daraus entsteht.“⁵⁸

Im GKV System ist es deshalb Aufgabe der Gesundheitspolitik die Kernstrategien bewusst zu planen, innerhalb dieser Kernstrategien den Marktteilnehmern aber auch die nötige Luft zur eigenen Entfaltung zu lassen (sich entwickelnde Strategien).

Grundlage der strategischen Neuausrichtung des GKV-Systems soll deshalb auch ein Modell sein, dass sich grundsätzlich an den Phasen des strategischen Managementprozesses ausrichtet, wobei im Bereich der Strategieentwicklung eine Konzentration auf die Kernstrategien erfolgt.

⁵⁷ Vgl. Mintzberg (1999) S. 207 ff.

⁵⁸ Quinn (1980) S. 52

Die Phasen des in der folgenden Abbildung gezeigten strategischen Managementprozess werden anschließend näher erläutert:

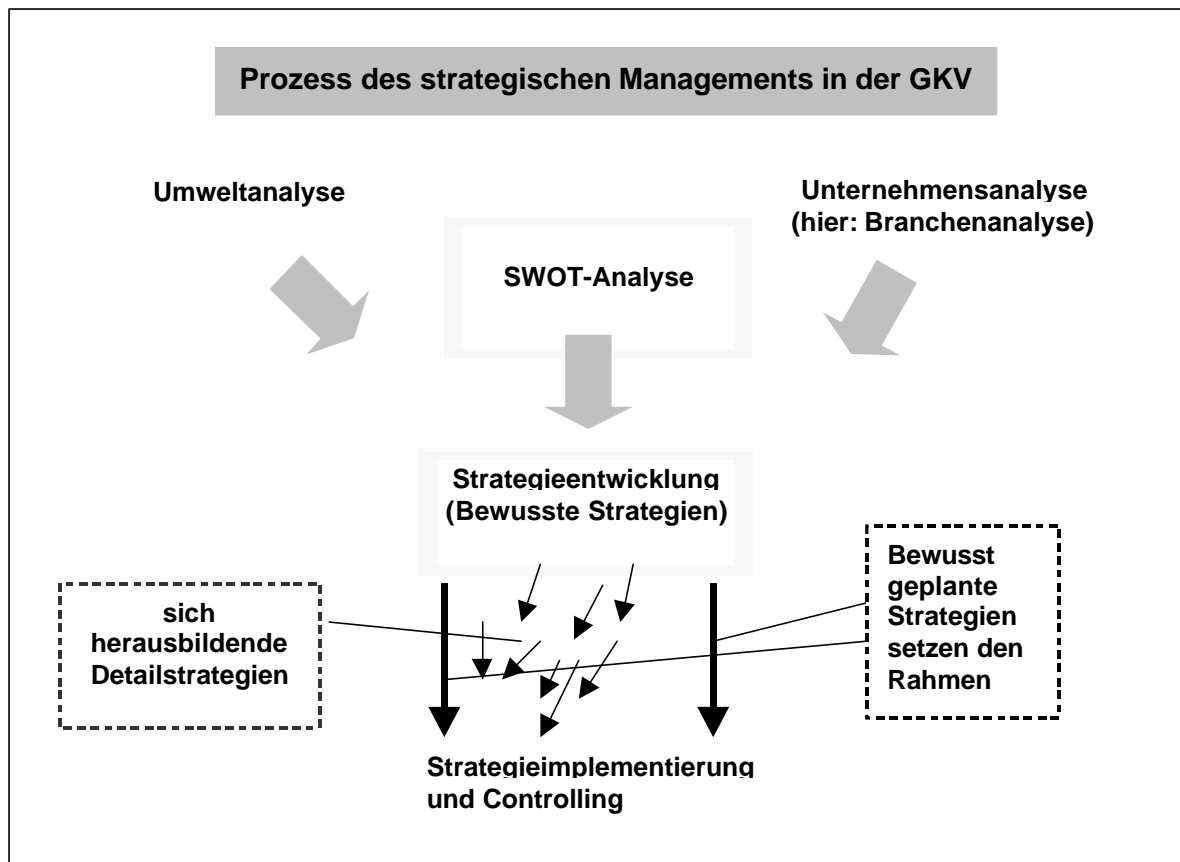


Abb. 8: Prozess des strategischen Management in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung

Analysephase:

Im Rahmen der Analysephase geht es zunächst um die Beschreibung der strategischen Ausgangsposition und um die Bemühung eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen Umweltchancen und betrieblichen Stärken herbeizuführen. Andererseits sollen Umweltrisiken und Unternehmensschwächen frühzeitig erkannt und reduziert werden. Aufgrund der kaum zu bewältigenden Menge an Informationen erfolgt bei der Analyse der externen und internen Einflussfaktoren eine Konzentration auf die jeweils wichtigsten Bereiche. Laut P. Abplanalp und R. Lombriser geht es darum, das Überlebenswichtige vom bloß Wichtigen zu unterscheiden und es wird dazu geraten die Pareto-Regel anzuwenden, d.h. es sollten jene 20% an Faktoren identifiziert werden, die für den überwiegenden Einfluss verantwortlich sind.⁵⁹ Anschließend werden die erkannten Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen in Tabellenform visualisiert und die

⁵⁹ Vg. Abplanalp, Lombriser (1999) S. 26

Kernaussagen am Ende der SWOT-Analyse zu strategischen Erfolgsfaktoren der Branche zusammengefasst.

Strategieentwicklung

In dieser Phase geht es darum, aufbauend auf den in der SWOT-Analyse ermittelten strategischen Erfolgsfaktoren und auf den Managed Care-Erfahrungen der USA und der Schweiz die Kernstrategien für das System der GKV zu definieren.⁶⁰

Dabei erfolgt eine Trennung zwischen der Erarbeitung der Strategien zur Gestaltung der Wettbewerbsstrukturen (systemimmanente Verbesserungen) und der Erarbeitung von Strategien zur Festlegung des GKV-Rahmens (Umfang des Leistungskataloges, Beitragsbemessungsgrundlagen, versicherter Personenkreis). Durch die Beschränkung auf die Kernstrategien bleibt für die Marktteilnehmer genügend Entfaltungsspielraum und somit können sich die Detailstrategien im Rahmen von Lernprozessen ausreichend entwickeln.

Strategieimplementierung

Die Phase der Strategieimplementierung und Umsetzung erscheint oftmals als das eigentliche Problem im strategischen Managementprozess. Insgesamt wird deshalb auch davon ausgegangen, dass die vollständige Implementierung von Strategien, vor allem in großen Unternehmen sehr lange dauern kann im Extremfall sogar mehrere Jahre.⁶¹ Vor allem ist beim GKV-System zu beachten, dass es sich um eine gesamte Branche handelt und kein disziplinarischer Vorgesetzter vorhanden ist, der die Strategieumsetzung anordnen kann. Begleitet wird die Strategieimplementierungsphase von einem laufenden Controlling, um Abweichungen zu analysieren und eine möglichst frühe Gegensteuerung zu ermöglichen.

⁶⁰ Bei der Erarbeitung von Strategien zur Gestaltung von gesetzlichen Krankenversicherungssystemen findet der Managed Care-Gedanke in vielen Ländern eine wachsende Aufmerksamkeit. Um mögliche Strategieansätze für die Neugestaltung des GKV-Systems in Deutschland zu gewinnen, wird deshalb die Managed Care-Entwicklung in den USA und der Schweiz genauer beschrieben.

⁶¹ Vgl. Meyer (1998) S. 120

2.2. Strategisches Management: Die Übertragung des Konzeptes auf die GKV-Branche

Die vorliegende Arbeit richtet sich mit Handlungsempfehlungen zur strategischen Neuausrichtung der GKV direkt an die Gesundheitspolitik; demzufolge ist auch die Perspektive die der Gesundheitspolitik. Es stellt sich jedoch die Frage, ob das Konzept des strategischen Managements, dass bisher in der Regel auf Unternehmensebene eingesetzt wurde, generell auf eine Branche übertragen werden kann. Die Unterschiede lassen sich auf der Basis der folgenden Abbildung zum normativen, strategischen und operativen Management verdeutlichen.



Abb. 9: Zusammenhang von normativem, strategischem und operativem Management, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher (1991) S. 56

Die normative Managementebene beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen, den Leitplanken eines Unternehmens. Diese ergeben sich z.B. durch die persönlichen Zielsetzungen und Motive der Unternehmenseigner und werden ferner durch die sich bildende Unternehmenskultur geprägt. Zusammengefasst werden diese Wertevorstellungen oftmals in einer Unternehmensmission. Für die

gesamte GKV-Branche findet man allerdings keine allgemein akzeptierte „Mission“. Die Kulturen der einzelnen Marktteilnehmer sind unterschiedlich und ein „Brancheneigner“, der eine gemeinsame Richtung vorgeben könnte, ist nicht vorhanden, da Selbstverwaltungsorgane an der Spitze der Branche stehen.

Aber auch auf strategischer Ebene finden sich erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Unternehmen und Branchen: So lassen sich auf Unternehmensebene - und vor allem in kleinen Firmen - abgestimmte Strategiekonzepte noch relativ leicht umsetzen. Vor allem die disziplinarische Kompetenz der Führungskräfte aber auch die überschaubaren Strukturen in Kleinunternehmen lassen dieses zu. Betrachtet man allerdings weltweit tätige Konzerne, so sind bei der Umsetzung von unternehmensweiten Strategien bereits erhebliche Anstrengungen notwendig. Einzelne Unternehmensteile und Geschäftsbereiche betrachten sich oftmals nicht als Teil des Konzerns und verfolgen individuelle Strategien, die nicht unbedingt im Einklang zu den Gesamtstrategien stehen müssen. Ein solches Verhalten kann sich trotz der grundsätzlich vorhandenen disziplinarischen Möglichkeiten der Konzernspitze, vor allem aufgrund der Komplexität der Strukturen eines weltweiten Konzerns, etablieren.

Die zu bewältigenden Managementaufgaben innerhalb eines Großkonzerns kommen denen in der GKV-Branche also bereits sehr nahe. In beiden Fällen geht es darum eine Vielzahl von Abteilungen und Subsystemen zu koordinieren und zusammenführen, die ansonsten sehr unterschiedliche individuelle Ziele verfolgen würden. Aufgabe der „Unternehmensleitung“ ist es dabei entsprechende Strukturen zu entwickeln, damit sämtliche Individuen möglichst effizient, im Sinne des gesamten Unternehmens, zusammenarbeiten.

In der Literatur beschäftigte sich vor allem M. Porter mit der Übertragung des strategischen Managementkonzeptes von einzelnen Unternehmen auf übergeordnete Einheiten. In seinem Buch „The Competitive Advantage of Nations“ ermittelte er im Rahmen seiner Standorttheorie, erstmals über institutionelle Grenzen hinweg, Wettbewerbsvorteile für bestimmte regionale Gebiete (Cluster).⁶² Hier wurden also Konzepte von der institutionellen Ebene (die Erarbeitung von

⁶² Vgl. Porter (1999) S. 165 ff.

Wettbewerbsvorteilen durch Wettbewerbsstrategien für Unternehmen) auf eine übergeordnete Ebene übertragen. Darüber hinaus wurden vom gleichen Autor ähnliche Konzepte für Innenstädte⁶³ oder den Umweltschutz erarbeitet.⁶⁴ Bei all diesen Überlegungen von M. Porter, findet man ähnliche Ausgangsbedingungen wie bei der hier angestrebten Übertragung des strategischen Managementansatzes auf die GKV-Branche vor: Die betroffenen Marktteilnehmer haben jeweils sehr heterogene Ziele und Vorstellungen (z.B. haben beim Managementkonzept für amerikanische Innenstädte die einzelnen Unternehmen oder Haushalte sehr unterschiedliche Strategieansätze) und es besteht keine direkte Disziplinarmöglichkeit (d.h. wenn einige Marktteilnehmer an der Gesamtstrategie der Innenstadt nicht interessiert sind, kann man sie nicht dazu zwingen sich opportun zu verhalten). Ähnliche Entwicklungen findet man im Bereich des Regional- bzw. Stadtmarketings, wo es darum geht bestimmte Gebiete im Rahmen einer einheitlichen Strategie zu vermarkten. Auch hier können die einzelnen betroffenen Unternehmen und Privatpersonen sehr unterschiedliche Ziele haben und sie können ebenfalls nicht zur Unterstützung der Gesamtstrategie gezwungen werden. Trotzdem kann die Übertragung von Managementkonzepten auf eine übergeordnete Ebene und damit auch auf die GKV-Branche gelingen, wenn durch regulatorische Maßnahmen ein entsprechender Rahmen geschaffen wird. Insbesondere ist damit die Gestaltung der Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme gemeint, die die Marktteilnehmer zu einem Verhalten im Sinne der Branchenstrategien führen sollen. So ist auch der Verband für kommunales Management (KGST) der Meinung, dass strategisches Management vor allem für die Gesundheitspolitik von besonderem Interesse sein müsste. Da das System aber sehr komplex ist und das „Ganze“ eben auch schwer steuerbar ist, konzentriert man sich in der Gesundheitspolitik bisher vornehmlich auf Details. Damit ist man aber mitten im operativen Geschäft und Strategien sind oft das zufällige Ergebnis vieler Einzelentscheidungen mit erheblichen Schwächen für das Gesamtsystem. Aus diesem Grund ist der Aufbau eines strategischen Managements eine der Kernaufgaben der Politik.⁶⁵ Eben dieses soll für die Neuausrich-

⁶³ Strategische Analyse amerikanischer Innenstädte zur Erarbeitung von Wettbewerbsstrategien mit dem Ziel, die Innenstädte der Großstädte wirtschaftlich zu stabilisieren; Porter (1999) S. 397 ff.

⁶⁴ Vgl. Porter (1999) S. 369 ff.

⁶⁵ Vgl. Heinz (2001a) S. 9 ff., Heinz (2001b) S. 5 ff.; Heinz (2001c) S. 8

tung des GKV-Systems aufgegriffen werden und anhand des in Kap. 2.1 vorgestellten strategischen Managementkonzeptes umgesetzt werden.

3. Analysephase: Das System der GKV auf dem Prüfstand

Die Schaffung einer Informationsbasis in Form einer umfassenden, systematischen Situationsanalyse bildet den logischen Ausgangspunkt eines jeden Planungsprozesses. Dabei ist die hier vorgenommene Analysephase zweigeteilt und besteht aus einer Umweltanalyse zur Beurteilung der externen Einflussfaktoren sowie einer Branchenanalyse, die sich mit den internen Prozessen des GKV-Systems beschäftigt. Den Abschluss dieser Phase bildet eine SWOT-Analyse, wo aufgrund der festgestellten Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen die strategischen Erfolgsfaktoren für eine Neugestaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung definiert werden.

3.1. Umweltanalyse: Die Beurteilung externer Einflussfaktoren auf die GKV

Die Umweltanalyse analysiert die externen Einflussfaktoren auf die GKV-Branche und konzentriert sich auf eine Zusammenfassung der wichtigsten in der Literatur genannten Faktoren:⁶⁶

⁶⁶ In der Literatur finden sich im wesentlichen folgende Untersuchungen zu den externen Einflussfaktoren auf die GKV: Gutachten der Prognos AG (1999): Genannt werden demografische Veränderungen, der technische Fortschritt, die Globalisierung, Veränderungen in der Morbidität, Werthaltungen und Verhaltensänderungen der Menschen; Gutachten des Sachverständigenrates (1996): Genannt wird der demografische Effekt, epidemiologische Veränderungen, Anspruchsverhalten der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und die Zunahme von Einzelhaushalten inklusive einer Veränderung des Solidaritätsbegriffes; Diskussionspapier von Ulrich zum Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000 (1998): Genannt werden die demografische Herausforderung, die technologische Herausforderung und die Herausforderung der Globalisierung; Oberender/Fibelkorn (1997): Genannt werden die Altersstrukturentwicklung, der medizinisch technische Fortschritts, das Anspruchsverhalten der Menschen und die europäische Integration; Kayser, Schwefing (1998): Genannt werden die demografische Entwicklung, epidemiologische Aspekte, die hohe Konsumnachfrage und der technologische Fortschritt; Rachold (2000): Genannt werden die demografische Entwicklung, epidemiologische Veränderungen und der medizinische Fortschritt; Oberdieck (2000): Genannt werden die demografische Entwicklung, der technische Fortschritt und gesamtwirtschaftliche Veränderungen.

- Die demografische Alterung der Bevölkerung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der epidemiologischen Veränderungen
- Die medizinisch-technische Entwicklung
- Die Organisations- und Managemententwicklung⁶⁷
- Die gesellschaftlichen Veränderungen
- Der Einfluss einer zunehmenden Internationalisierung
- Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung

3.1.1. Demografische Alterung der Bevölkerung unter Berücksichtigung der epidemiologischen Veränderungen

Die deutschen Sozialversicherungssysteme und somit auch die GKV werden traditionell nach dem Umlageverfahren finanziert. Vereinfacht gesagt sollen demnach junge Versicherte, die zurzeit weniger Leistungen in Anspruch nehmen, den erhöhten Leistungsbedarf älterer Menschen kompensieren. Die laufenden Ausgaben werden also durch die laufenden Einnahmen gedeckt.⁶⁸

Nachdem in der gesetzlichen Rentenversicherung derzeit der Versuch gestartet wird den Herausforderungen der demografischen Alterung mit einer verstärkten Eigenverantwortung der Versicherten zu begegnen, stellt sich die Frage in welcher Art und Weise die demografische Alterung der Bevölkerung auch relevante Auswirkungen auf die GKV hat. Auf den ersten Blick ist dies völlig klar. Eine Zunahme älterer Personen hat negative Einflüsse auf die Einnahmeseite wie auch auf die Ausgabenseite. Zum einen zahlen Rentner im Durchschnitt weniger Beiträge als Erwerbstätige (negativer Einfluss auf die Einnahmen) und zum anderen fallen für Rentner höhere Ausgaben an, da sie in der Regel einer medizinisch intensiveren Behandlung bedürfen (negativer Einfluss auf die Ausgaben).⁶⁹

⁶⁷ Als weiterer wichtiger externer Einflussfaktor auf die Entwicklung der GKV wird im Rahmen dieser Arbeit auch die Organisations- und Managemententwicklung behandelt. Obwohl sie in der Literatur im Zusammenhang mit den wichtigen externen Einflussfaktoren auf die GKV nicht erwähnt wird, kommt ihr - gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um eine höhere Qualität in der GKV - eine zunehmend wichtigere Rolle zu.

⁶⁸ Vgl. Boetius (1998) S. 23 f.

⁶⁹ Vgl. Knappe (2000) S. 527

In Deutschland wird die Herausforderung der demografischen Alterung in besonderer Weise zur Geltung kommen. In keinem Land der OECD (Ausnahme Japan) ist das Verhältnis von jung zu alt so ungünstig wie in Deutschland. Beispielsweise wird sich der Bevölkerungsanteil der über 60-jährigen von derzeit 23 % auf etwa 35% im Jahr 2040 erhöhen.⁷⁰ Zusätzlich muss die demografische Entwicklung auch immer im Kontext zu einem Wandel des Krankheitsspektrums von akuten, zumeist infektiösen und gut heilbaren Erkrankungen, hin zu chronischen, nicht-infektiösen und nicht heilbaren Krankheiten gesehen werden.⁷¹

Trotzdem werden die Auswirkungen des demografischen Effektes auf die Finanzentwicklung der GKV als sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die Berechnungen reichen dabei von Beitragssätzen über 25% im Jahr 2030 bis hin zu Einschätzungen, die von keinen nennenswerten Veränderungen für die GKV ausgehen.

Grundsätzlich unterscheiden sich dabei drei Theorien:

Die sogenannte Medikalisierungsthese von L.M. Verbrugge⁷², die Kompressions-
theorie von J.F. Fries⁷³ und die sogenannte Bi-Modalität von R.L. Kane⁷⁴, die die beiden ersten Theorien miteinander verbindet.

Im Konzept der Medikalisierungsthese von L.M. Verbrugge kommt es aufgrund steigender Lebenserwartung grundsätzlich zu einer ansteigenden Morbidität der Bevölkerung, da bei zunehmendem Alter generell auch eine Zunahme chronischer Krankheiten zu beobachten ist. Die Folge ist eine altersabhängige, progressive Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und daraus resultierend ein überproportionaler Anstieg der Leistungsausgaben im höheren Alter.

Eine weitere Begründung für die überproportionale Morbidität mit zunehmenden Alter ist in den lebensverlängernden Möglichkeiten des technischen Fortschritts zu sehen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang an kostenintensive medizintechnische Leistungen zu denken, die Krankheitssymptome behandeln und ggf.

⁷⁰ Vgl. Böcken, Butzlaff, Esche (2000) S. 12

⁷¹ Vgl. Schwartz, Busse (1995) S. 80

⁷² Vgl. Verbrugge (1984) S. 475 ff.

⁷³ Vgl. Fries (1980) S. 130 ff.

⁷⁴ Vgl. Kane, Radasrich, Kaupel (1990), S. 30 ff.

einen Beitrag zur Lebensverlängerung des Patienten leisten können, eine vollständige Gesundheit jedoch nicht wieder herstellen. Die Zunahme an Lebenserwartung führt also nach dieser Theorie dazu, dass ein Großteil der hinzugewonnenen Jahre mit schwerpunktmäßig chronischen Erkrankungen verbracht wird. Als Belege können in diesem Zusammenhang z.B. Demenzerkrankungen genannt werden, die sehr eng an hohes Alter gebunden sind, sowie die Erkrankungen des Skelettes aufgrund vorangeschrittener Arteriosklerose. Hierzu führt V. Oberdieck in einer Studien an, dass die Gesundheitskosten von älteren Versicherten bereits jetzt wesentlich über denen jüngeren Alters liegen und dieses auch nach Bereinigung der Kosten verstorbener Versicherter eines Jahres, also der Eliminierung der extrem hohen Kosten des letzten Lebensjahres.⁷⁵ Alleine durch die extreme Zunahme der älteren Personen in den nächsten Jahren wird es demnach zu höheren Kosten für die GKV kommen. Dieser Effekt wird dann nochmals durch die erwähnten Auswirkungen des technischen Fortschritts verstärkt.

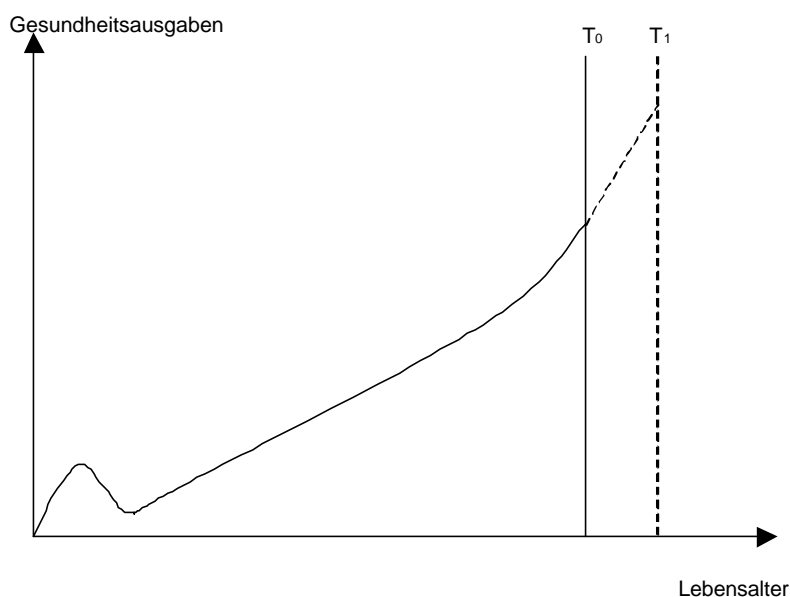


Abb. 10: Medikalierungsthese, Quelle: Oberdieck (2000) S. 105

Die sogenannte Kompressionstheorie geht nicht von den Annahmen der Medikalierungsthese aus. Als Hauptargument wird dabei aufgeführt, dass

⁷⁵ Vgl. Oberdieck (2000) S. 117

Krankheitsbilder - und damit auch die Kosten – sich bis auf wenige Jahre vor dem Tod verdichten oder komprimieren wie J.F. Fries dies in seiner Theorie bezeichnet (Compression of morbidity). Die höheren Ausgaben für ältere Menschen sind demnach vor allem durch die kurz vor dem Tod besonders hohen Aufwendungen bestimmt, die zudem mit zunehmendem Sterbealter abnehmen. Umgekehrt sind die Kosten in der letzten Lebensphase um so höher, je jünger ein Versicherter verstirbt. Der Kern der Theorie lässt sich in der Aussage zusammenfassen, dass die im Alter auftretenden Krankheiten und Behinderungen mehr mit der absolut verbleibenden Zeit bis zum Tod als mit der seit Geburt vergangenen Zeitspanne zusammenhängen.⁷⁶

Ergänzt bzw. unterstützt wird diese Theorie durch die Annahmen der sogenannten Kohortenthese. Demnach verfügen im Zeitablauf nachrückende Kohorten stets über einen verbesserten Gesundheitszustand als die vorherigen Kohorte.⁷⁷

Gesundheitsausgaben

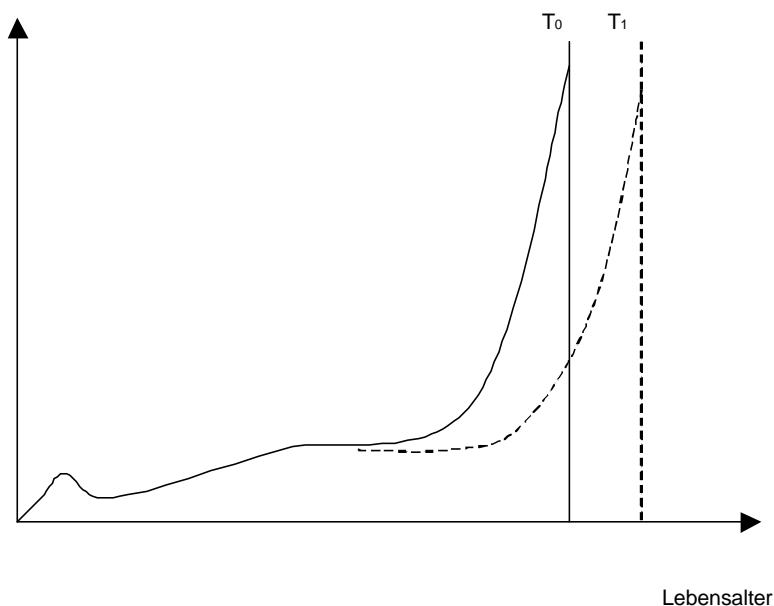


Abb. 11: Kompressionstheorie, Quelle: Oberdieck (2000) S. 105

Einem Mittelweg der beiden bisher vorgestellten Theorien entspricht das Konzept der Bi-Modalität von R.L. Kane. Dabei wird berücksichtigt, dass sich der langfristige Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verbessert, also die

⁷⁶ Vgl. Oberdieck (2000) S. 107 f.

nachwachsenden Kohorte tatsächlich gesünder sind, was zu einer Kostenentlastung führen würde. Da sich die Kohorte der älteren Menschen aber stark vergrößern werden, wird der vorherige Effekt zumindest ausgeglichen.⁷⁸

Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich durch die zukünftig tendenziell gesünderen Kohorten eines Alters und einer gleichzeitigen Vergrößerung der älteren Kohorte, das Ausmaß der Gesundheitsausgaben verringern wird. Dies gilt sowohl für die Anzahl der davon Betroffenen wie auch für die Dauer der Inanspruchnahme von Leistungen.

Folgt man dieser Einschätzung, dann gilt als wahrscheinlich, dass in Zukunft die Phasen starker gesundheitlicher Einschränkungen zumindest gleich bleiben, wenn nicht gar länger werden. Ein längeres Leben bedeutet somit auch nach der Bi-Modalität keineswegs auch immer ein längeres Leben in Gesundheit.

Im folgenden werden die wesentlichen Expertenmeinungen zur Auswirkung des demografischen Effektes auf die Beitragsentwicklung der GKV beschrieben:

Im *Gutachten des Sachverständigenrates 1996* ging dieser davon aus, dass die absehbare demografische Entwicklung und die damit verbundene Schrumpfung der Erwerbstätigenpotenziale den demografischen Altersquotienten ansteigen lassen wird, was unmittelbar mit geringeren Beitragseinnahmen einher ginge. Diese Entwicklung sei aber mittelbar durch eine Erhöhung der weiblichen Erwerbstätigen und einer Erhöhung des Renteneintrittalters zu kompensieren, so dass die Anzahl der Beitragszahler mittelfristig (nahezu) konstant bleiben könnte. Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf den medizinischen Versorgungsbedarf (also auf die Ausgaben) hingen von den altersspezifischen Verbrauchsziffern ab. Dabei würden die Versorgungskosten für Ältere aufgrund linearer Hochrechnungen von Vergangenheitswerten bisher überschätzt. Einerseits seien Kosten für die Versterbenden im letzten Lebensjahr im Vergleich zu Nichtversterbenden um das 20fache (im Alter von 60 Jahren) und bis zum 6fachen (im Alter von 80 Jahren) höher und außerdem würden die Kosten für die Versterbenden in ihrem letzten Lebensjahr mit zunehmenden Alter deutlich absinken (also Bestätigung der Kompressionstheorie).

⁷⁷ Vgl. Igl (1999) S. 71

⁷⁸ Vgl. Igl (1999) S. 72

Insgesamt kommt der Rat zu dem Ergebnis, dass darüber hinaus durch die verstärkte Umsetzung präventiver Maßnahmen die demografische Entwicklung durchaus kompensiert werden könne. Allerdings wird der demografisch bedingte Morbiditätswandel zu einer Zunahme an pflegerischen Leistungen für Menschen in höchsten Altersstufen führen.⁷⁹

Parallel zu diesem Gutachten weisen *F. Schwartz und R. Busse* darauf hin, dass die Effekte der demografischen Veränderung bereits in der Vergangenheit oftmals überschätzt wurden. So wurde in Deutschland gezeigt, dass die Inanspruchnahme nur um ca. 0,2% und die Ausgaben weniger als 0,5% pro Jahr demografiebedingt steigen. Auch in Schweden konnten demografische Entwicklungen nur für weniger als ein Viertel der Ausgabensteigerungen zwischen 1970 -1985 verantwortlich gemacht werden. Außerdem käme es bei den Versicherten jenseits von 85 Jahren wieder zu einer Reduktion der Kosten, wobei es sich nicht nur um ein Rückgang bei den hochinvasiven, sondern auch z.B. bei den Arzneimittelkosten handelt. Eine überdurchschnittlich hohe Morbidität findet man demnach also vor allem im Alter von 65 - 75 Jahren.

Ein weiterer wichtiger Punkt sei, dass bisher die demografischen Entwicklungen üblicherweise nur bis zum Jahr 2030 hochgerechnet werden. Erst die achte koordinierte Bevölkerungsberechnung rechnet bis zum Jahr 2040. Dabei wurde bisher nicht gesehen, dass der Bevölkerungsaufbau spätestens ab 2040 wieder entlastend wirkt. Außerdem scheint die Kompressionstheorie durchaus plausibel. *F. Schwartz und R. Busse* gehen also von keinen nennenswerten Beitragssatzsteigerungen für die GKV aus.⁸⁰

*K. Lauterbach*⁸¹ bemängelt in einer späteren Einschätzung, dass in den meisten Hochrechnungen von einer durchschnittlichen Krankheitslast pro Einwohner ausgegangen wird, die der Krankheitslast der heutigen Bevölkerung geschlechts- und altersstandardisiert entspricht. Für die Abschätzung des medizinischen Bedarfs ist zwar der mittlere Gesundheitszustand der Bevölkerung maßgebend, allerdings sagen Studien aus den USA, dass sich dieser (vor allem bei älteren Menschen) deutlich verbessert (Kohortentheorie). So ist der heute 65-jährige

⁷⁹ Vgl. SVRKAiG (1996) S. 25 ff.

⁸⁰ Vgl. Schwartz, Busse (1995) S. 83 f.

durchschnittlich gesünder als noch vor 10 Jahren. Selbst bei einer weiteren Alterung der Bevölkerung kann sich der durchschnittliche Gesundheitszustand weiter verbessern. Dies wäre durch eine verbesserte Versorgung der chronisch Kranken möglich, die ca. 80% der Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Zum einen könnte das Eintreten der Krankheit nach hinten verschoben werden und zum anderen der mittlere Gesundheitszustand der Gruppe der chronisch Kranken verbessert werden. Insgesamt geht auch K. Lauterbach davon aus, dass mit geeigneten Maßnahmen (Verbesserung bei der Behandlung chronisch Kranker und Prävention) die demografische Entwicklung durch die GKV durchaus gemeistert werden kann.⁸²

Das *Institut der deutschen Wirtschaft* (Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.) geht in seinem Gutachten davon aus, dass sich die Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 um rund 8 Jahre erhöht, die Bevölkerungszahl in Deutschland auf 53,3 Mio. absinkt und sich die Zahl der Erwerbstätigen von 36 auf 31 Mio. reduziert. Dieses könne aber durch eine gezielte Migration von Ausländern zumindest halbwegs ausgeglichen werden. Für das Jahr 2050 geht das Institut von einem Beitragssatz von rund 23% aus (mittlere Variante). Im Extremszenario würde sich der Beitragssatz auf 26,1% erhöhen und im Minimal-szenario auf 20,9%.⁸³

Die *Prognos AG* rechnet in ihrem Gutachten von 1995 mit einem Beitragssatz von 16,1% im Jahr 2040. Voraussetzung sei, dass es analog dem Zwischenbericht der Enquete-Kommission gelänge die Altersmorbidity durch Präventionsmaßnahmen rechtzeitig einzudämmen.⁸⁴

Im Rahmen des zweiten Zwischenberichtes der *Enquete-Kommission* „Demografischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik -“ nahmen die Experten auch zur Auswirkungen der demografischen Veränderung auf die GKV Stellung. Hierbei wird zunächst ein

⁸¹ Lauterbach ist ebenfalls Mitglied des Sachverständigenrates

⁸² Vgl. Lauterbach, Stock (2001) S. 6 ff.

⁸³ Vgl. Hof (1995) S. 151

⁸⁴ Vgl. Igl (1999) S. 63 ff.

Modell bei konstanter Ausgabenstruktur⁸⁵ vorgestellt, dass auf die veränderte Bevölkerungsstruktur bezogen wird. Hiernach würde sich ein Beitragssatz von 15,8% - 16,4% rein aufgrund der demografischen Veränderungen ergeben. Da dieses Szenario aber nicht realistisch erscheint, wurde in einer weiteren Rechnung die sich verändernde Ausgabenstruktur mit einbezogen. Hiernach stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Rentner in der Vergangenheit gegenüber denen für Mitglieder überproportional an. Eine Begründung hierfür liegt darin, dass der technologische Fortschritt hauptsächlich älteren Menschen zugute kommt. Wird die veränderte Ausgabenstruktur der vergangenen Jahre linear hochgerechnet, ergäbe sich im Jahr 2040 ein Beitragssatz von 24,4% - 25,6%. Die Gutachter sind aber davon überzeugt, dass eine solche Fortschreibung für die zukünftige Entwicklung bei weitem zu hoch gegriffen sei.⁸⁶

H. Birg geht in seinem Gutachten „Perspektiven der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und Europa - Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme“ aus dem Jahr 2000 davon aus, dass der Beitragssatz der Krankenkassen bis zum Jahr 2040 auf 21% steigen wird. Prämisse hierbei ist allerdings, dass vom medizinisch-technischen Fortschritt in Zukunft keinerlei kostensteigernde Wirkung ausgehen werden. Würde sich die Relation der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zwischen Alt und Jung z.B. von 1:8 auf 1:20 erhöhen, würden die Beitragssätze auf 24% steigen. Diese relativ geringen notwendigen Beitragssatzsteigerungen aufgrund des technischen Fortschritts zeigen laut *H. Birg* zugleich, dass die schrumpfenden Einnahmen wesentlich entscheidender seien als die steigenden Ausgaben.⁸⁷

Fazit:

Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden von den Experten als sehr unterschiedlich eingeschätzt. Es erscheint logisch, dass eine erhöhte Zahl älterer Menschen auch höhere Kosten verursacht. Jedoch gibt es durchaus

⁸⁵ Die Pro-Kopf-Ausgaben von Rentner zu Mitgliedern werden miteinander verglichen

⁸⁶ Vgl. Enquete-Kommission (1998) S. 220

⁸⁷ Vgl. Birg (2000) S. 24 f.

Anzeichen dafür, dass die Kohorten tatsächlich gesünder werden und die entstehenden Kosten zunehmend mit der Nähe zum Tod zusammenhängen. Betrachtet man allerdings die Einschätzungen der Experten, die von einer eher moderaten Auswirkung auf die GKV ausgehen genauer, so fällt auf, dass deren Einschätzungen immer mit bestimmte Handlungsnotwendigkeiten für die GKV verknüpft sind. Gemeint ist dabei vor allem eine verstärkte Konzentration auf Präventionsmaßnahmen, ein verbessertes Behandlungsmanagement wichtiger chronischer Erkrankungen sowie eine gezielte Einwanderungspolitik.

Bei Weiterführung des jetzigen Systems und ohne solche Veränderungen muss aber davon ausgegangen werden, dass die demografische und epidemiologische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen) zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen der Krankenkassen führen werden.

3.1.2. Die medizinisch-technische Entwicklung

Dem medizinisch-technischen Fortschritt wird immer wieder, vor allem in Verbindung mit der demografischen Entwicklung, ein stark kostentreibender Effekt für das Versorgungssystem der GKV nachgesagt.⁸⁸ Immer mehr Krankheiten können mittels neuer Techniken bzw. Produkte⁸⁹ geheilt oder zumindest gelindert werden. Allerdings ist es verfehlt die medizinisch-technische Entwicklung ausschließlich als Kostentreiber zu betrachten. Ganz im Gegenteil: Technische Entwicklungen stellen im Gesundheitswesen wie auch in vielen anderen Branchen den Motor der Wirtschaft dar und stehen für Weiterentwicklung und Innovation.⁹⁰ Neben einer dadurch erzielten Qualitätsverbesserung in der Leistungserbringung bieten medizinisch-technische Innovationen zum Teil aber auch die Chance kostendämpfende Effekte zu erzielen.⁹¹

⁸⁸ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997 S. 6

⁸⁹ Unter dem Begriff medizinisch-technische Entwicklung wird hier im wesentlichen der Bereich der Medizinprodukte, Arzneimittel und Hilfsmittel verstanden

⁹⁰ Vgl. Porter (1999) S. 432

⁹¹ Vgl. Lauterbach (2001) S. 5 f.

Man muss dabei allerdings grundsätzlich zwischen zwei Innovationsformen unterscheiden:⁹²

- Prozessinnovationen: Sie zielen auf eine signifikante Verbesserung bestehender Abläufe und damit auf eine Reduktion der Produktionskosten und/oder Erhöhung der Qualität ab. Es handelt sich also tatsächlich um Weiterentwicklungen für das Gesundheitswesen.
- Produktinnovationen: Hier werden zu bereits vorhandenen weitere neue Verfahren und Produkte entwickelt, deren Zusatznutzen für das Gesundheitswesen zumindest zum Teil fragwürdig ist. Als Beispiel sei die Zulassung eines neuen Arzneimittels genannt, das bei gleicher Wirkung über geringfügig niedrigere Nebenwirkungen als bereits vorhandene Arzneimittel der gleichen Indikation verfügt (also eine geringfügige Qualitätsverbesserung darstellt), allerdings zu einem erheblich höheren Preis eingeführt wird. Solche sogenannten Add-On-Technologien führen in der Regel zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, ohne wesentliche Qualitätsverbesserung zu bringen. Gleiches gilt auch für die Entwicklung von zusätzlichen Medizinprodukten und Hilfsmitteln.

Das für die zuletzt geschilderten Produktinnovationen überhaupt ein Markt besteht, liegt vor allem an den jeweiligen Anreizen für die Marktteilnehmer: Denn vor allem für die Anwender (Leistungserbringer) der neuen Technologien besteht bisher kein Zwang sich um Kostensenkungen zu bemühen. Ganz im Gegenteil: Eine Steigerung der quantitativen und qualitativen Behandlungsmöglichkeiten helfen Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten zu sichern. Denn für die Patienten stellt die Investition der Leistungserbringer in zusätzliche neue medizinisch-technische Verfahren ein Qualitätsparameter dar und trägt auch zu einem positivem Image des Arztes bei. Auch im Krankenhaus hängt das Image neben der Größe der Institution und dem Ansehen der Chefarzte wesentlich von der medizinisch-technischen Ausstattung ab. Darüber hinaus können durch das Vorhandensein vieler und vor allem neuer Techniken gute Ärzte an ein Krankenhaus gebunden werden. Das Absicherungsbedürfnis gegen Schadenersatzklagen spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für Investitionen in zusätzliche medizinische Verfahren oder auch neue Arzneimittel. Werden nämlich

⁹² Vgl. Oberdieck (2000) S. 24 f.

Schadensersatzklagen zunehmend erfolgversprechender, dann besteht ein Anreiz, Haftungsrisiken durch den Einsatz vermehrter und neuester Diagnose-techniken zu verringern.

Auch für die Versicherten, also die eigentlichen Empfänger der Innovationen, existieren kaum Anreize zu einem effizienten Umgang mit medizinisch-technischen Neuerungen. Vor allem die fehlende finanzielle Mitverantwortung bei ambulanten ärztlichen Leistungen und das Sachleistungsprinzip lassen die Leistungen zunächst einmal als kostenfrei erscheinen und fördern deshalb eher die Nachfrage nach (möglichst vielen) Produktinnovationen.⁹³ Zugleich fällt es den Patienten aufgrund fehlenden Wissens auch schwer zwischen tatsächlichen Prozessinnovationen und Produktinnovationen zu unterscheiden.

Insgesamt bestehen im derzeitigen GKV-System also starke Anreize für Leistungserbringer und Versicherte den medizinischen Fortschritt zu forcieren und auch zu konsumieren. Produktinnovationen werden dabei, vor allem aufgrund der bestehenden Anreize, zugunsten von Prozessinnovationen oftmals bevorzugt bzw. zusätzlich eingesetzt. Unter Beibehaltung dieser Tendenz stellt der medizinische Fortschritt tatsächlich ein erhebliches Kostenrisiko für die GKV dar.

3.1.3. Die Organisations- und Managemententwicklung

Gesetzliche Veränderungen als auch der steigende Wettbewerbsdruck zwischen den Marktteilnehmern haben dazu geführt, dass neben den medizinisch-technischen Innovationen zunehmend auch Managementinnovationen Eingang in die GKV finden. Viele Elemente der Organisations- und Managemententwicklung, die in den letzten Jahren in privaten Unternehmen umgesetzt wurden, finden sich mittlerweile also auch in den Organisationen des GKV-Systems wieder.

Am deutlichsten lässt sich diese Entwicklung im stationären Bereich erkennen, wo

⁹³ Vgl. Oberdieck (2000) S. 32 ff.; Oberneder, Fibelkorn (1997) S. 7

Krankenhäusern mehr oder minder umfangreiche Reorganisationsprozesse in Gang gesetzt haben, um Kosten zu senken bzw. Qualitätsverbesserungen zu erzielen (oder beides). Projekte zum Qualitätsmanagement (Total Quality Management), Qualitätssicherungsprojekte inklusive externer Zertifizierung, Überarbeitung der internen Prozessketten und die Etablierung von Prozesskostenrechnungen sind nur einige Stichworte, die die Organisationen bereits verändert haben und in Zukunft noch stärker Berücksichtigung finden werden.

Aber auch im niedergelassenen Bereich - wo bisher noch relativ wenig Instrumente zur Management- und Organisationsentwicklung Eingang gefunden haben - werden diese eine immer stärkere Rolle einnehmen. Denn es kann davon ausgegangen werden, dass das „Unternehmen Einzelpraxis“ zukünftig immer weniger im Mittelpunkt stehen wird. Praxisnetze, Zusammenschlüsse von mehreren Ärzten oder zumindest Einkaufsgenossenschaften werden die Arbeitsweisen und die Organisation der niedergelassenen Leistungserbringer erheblich verändern. Bereits heute ist eine deutliche Tendenz zur regionalen Vernetzung zu erkennen. Evidenzbasierte Behandlungskonzepte und auch weitere prozessorientierte Qualitätsmanagementkonzepte wie z.B. Disease Management-Programme werden ebenfalls zukünftig für Veränderungen sorgen.

Für die Krankenkassen führte vor allem die Marktöffnung 1996 zu einem stärkeren Konkurrenzkampf.⁹⁴ Bemühungen zur Verschlinkung der internen Prozesse, Konzepte zur Ausgliederung bestimmter Aufgabengebiete, Customer-Relationship-Projekte, der Aufbau neuer Strukturen (z.B. Entwicklung von Internetgeschäftsstellen) sind bereits jetzt unverkennbar.

Insgesamt wird deutlich, dass sich der Druck mit Organisations- und Managemententwicklungen beschäftigen zu müssen für die Marktteilnehmer weiter zunehmen wird. Zurzeit ist aber bei den meisten Organisationen immer noch eine zeitliche Verzögerung in der Umsetzung entsprechender Konzepte gegenüber privatwirtschaftlichen Unternehmen zu erkennen. Der Druck zu Veränderungen durch den Einsatz von Organisations- und Managementkonzepten schwappte erst

⁹⁴ Seit 1996 können die Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen. Das Wahlrecht der Versicherten wird in Abschnitt 3.2.3 genauer erläutert.

in den letzten Jahren auf die GKV über. Die Herausforderung der Gesundheitspolitik besteht jetzt darin, die Bemühungen der Marktteilnehmer durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen so zu lenken, dass ein möglichst hoher Benefit für die Branche insgesamt entsteht, da auf Unternehmensebene die Instrumente zur Organisations- und Managemententwicklung in der Regel ausschließlich zur Steigerung der internen Effizienz eingesetzt werden.

3.1.4 Die gesellschaftlichen Veränderungen

Die sozialwissenschaftlichen Diagnosen der Gegenwart bezeichnen die Individualisierung als einen der zentralen Trends der gesellschaftlichen Entwicklung und verweisen damit zugleich auf entsprechende Probleme der Entsolidarisierung der Gesellschaft.⁹⁵ Dabei ist zunächst eine Definition des Begriffes Solidarität notwendig: Nach K. Beck handelt es sich um eine „wechselseitige Verbundenheit von Menschen aufgrund einer gemeinsam empfundenen Interessenslage.“⁹⁶ Nach dieser Definition hat Solidarität also immer etwas mit Akzeptanz, Verbundenheit und Freiwilligkeit zu tun. Aber genau diese Werte findet man in der GKV-Solidargemeinschaft eher selten: Die Mitglieder sind zum großen Teil Zwangsmitglieder, der Leistungskatalog ist gesetzlich definiert und die Beitragshöhe ebenfalls fixiert. Demzufolge ist das Kollektiv mit etwa 70 Mio. Mitgliedern auch kaum als tatsächliche Solidargemeinschaft zu betrachten. Denn unter einem helfenden und unterstützenden Handeln ist nicht gemeint, dass die Mitglieder zwangsweise in ein großes und anonymes Kollektiv einbezahlen und gleichzeitig Überlegungen anstellen, um möglichst viel von den eingezahlten Geldern wieder herauszuholen. In diesem Fall kann der Begriff der „Solidargemeinschaft“ eher gegen das Wort „Risikogemeinschaft“ ausgetauscht werden, da aufgrund der Größe und der entstehenden Anonymität unter den Teilnehmern die „interne Kontrolle“ (also die Selbststeuerung) nicht mehr funktioniert. Solidargemeinschaft bedeutet nämlich auch gleichzeitig, dass die Leistungsempfänger nur die Menge an in Anspruch nehmen, die sie auch tatsächlich benötigen.

⁹⁵ Vgl. Beck (1986) S. 116

⁹⁶ Vgl. Hondrich, Koch-Arzberger (1992) S. 13

Allerdings halten es die Bürger in unserer Gesellschaft nach wie vor im überwiegendem Maße für selbstverständlich, dass den sozial Schwachen - auch im Sinne einer gesetzlichen Krankenversicherung - geholfen werden muss.⁹⁷ Die Kritik setzt erst dort an wo gegen diese Zielrichtung verstoßen wird, d.h. wo unter dem „Deckmantel des Sozialen“ Gelder willkürlich umverteilt werden und wo die Systeme durch einzelne Individuen ausgenutzt werden. Eben diese Tendenzen lassen sich aber in großen Systemen mit relativ schwach ausgeprägter Selbststeuerung sehr häufig beobachten.

Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmendem Wohlstand in der Gesellschaft auch ein ständig steigender Anspruch an die medizinische Versorgung gestellt wird.⁹⁸ So werden in der heutigen Zeit altersbedingte Begleiterkrankungen selbstverständlich im Rahmen der solidarisch finanzierten GKV behandelt und dies oftmals zu einem verhältnismäßig hohen Mitteleinsatz.

Hinzu treten gesellschaftliche Trends wie Life-Science und Wellness, die ebenfalls Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme der GKV haben. Aufgrund der wirtschaftlich starken Position der westeuropäischen Staaten in der Welt gehen die Menschen einfach davon aus, dass das jeweilige Gesundheitswesen natürlich auch zu den leistungsfähigsten Systemen gehört, mit unerschöpflichen Ressourcen und Möglichkeiten.

Aber nicht nur auf medizinischer Ebene steigen die Ansprüche: Da die Gesellschaft insgesamt über einen höheren Lebensstandard verfügt, findet man z.B. in Krankenhäusern oder Rehabilitationszentren immer aufwendigere Ausstattungen vor, die mittlerweile starken Hotelcharakter aufweisen.

Bedingt ist das hohe Anspruchsniveau der Versicherten aber auch durch die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen selbst, da die Menschen für ihre (steigenden) Beiträge auch eine ständig verbesserte Versorgungsqualität erwarten. Gerade im Bagatellbereich haben Ärzte in dieser Situation nur begrenzte Möglichkeiten gegenzusteuern, da bei der Verweigerung von

⁹⁷ Vgl. Eekhoff (1999) Vortragsreihe

⁹⁸ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999) S. 9

Leistungen mit relativ geringem therapeutischem Nutzen die Gefahr besteht, dass der Leistungserbringer den Patienten als Nachfrager verliert.⁹⁹

Falls aber die steigenden Ansprüche der Menschen zu einer weiteren Ausdehnung des GKV-Leistungskataloges führen oder zumindest eine vermehrte Leistungsinanspruchnahme nach sich ziehen, führt genau dieses zur Vergrößerung der in Abbildung 6 (Seite 20) gezeigten Differenz zwischen der Mortalitäts- und Morbiditätskurve.

3.1.5. Der Einfluss einer zunehmenden Internationalisierung

In der Vergangenheit gab es für die GKV, aber auch für die meisten anderen nationalen Gesundheitssysteme in Europa, nur wenige Berührungspunkte mit Systemen anderer Nationen und somit spielte eine internationale Ausrichtung für die Marktteilnehmer auch kaum eine Rolle.

Eine Ausnahme stellt hierzu allerdings die pharmazeutische Industrie dar, wo Arzneimittel schon seit jeher international vertrieben werden. Diese Ausnahmestellung der pharmazeutischen Unternehmen bedeutet aber zugleich auch eine ständige Auseinandersetzung mit den sehr heterogen strukturierten Gesundheitssystemen der einzelnen Nationen. Denn die Systeme unterscheiden sich enorm im Grad der Regulierung, der Möglichkeiten in der Preisfestsetzung sowie den Vertriebsmöglichkeiten der Produkte.

Allerdings wird mittel- bis langfristig auch für die restlichen Marktteilnehmer eine internationale Ausrichtung bedeutender, was vor allem durch die Aufhebung der Grenzen innerhalb der Europäischen Union, verbunden mit der Öffnung der Arbeitsmärkte und der Einführung einer einheitlichen Währung, beschleunigt wird. Das Zusammenwachsen der Staaten innerhalb der EU wird z.B. für die Leistungserbringer die Möglichkeit bieten, verstärkt Gesundheitsleistungen zu exportieren. Nicht ausgelastete Kapazitäten könnten genutzt werden, um beispielsweise eine

⁹⁹ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 4 f.

verbesserte Auslastung von Spezialgeräten zu erreichen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die GKV Leistungen auf hohem Qualitätsniveau und zu akzeptablen Preisen für ausländische Versicherte anbieten kann.

Auf der Gegenseite besteht für Krankenkassen dann natürlich auch die Möglichkeit des Leistungsimports. Falls ausländische Leistungserbringer eine effizientere Leistungserstellung anbieten, wäre zumindest in Grenzregionen die Möglichkeit einer Substitution deutscher durch ausländische Leistungserbringer gegeben.

Welche Konsequenzen hätte eine solche Entwicklung für die GKV?

Derzeit regeln die Bestimmungen des Artikels 42 des Amsterdamer Vertrages (Art. 51 des Maastrichter Vertrages) und die zu diesem Artikel vorhandenen Koordinierungsrichtlinien, dass die Inanspruchnahme von Leistungen von der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse abhängig ist (ausgenommen Akutfälle und Grenzgänger). Diese klare Regelung wurde aber durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes im Jahr 1998 und den Entscheidungen in den Fällen Kohll und Decker ins Wanken gebracht.¹⁰⁰ Darin wird die Genehmigungspflicht der Krankenkassen vor der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland (aber innerhalb der EU) nämlich als ein Verstoß gegen die Grundfreiheiten des Waren- und Dienstleistungsverkehrs bezeichnet, mit der Folge, dass der Leistungsanspruch von der Genehmigung der Krankenkasse nicht abhängig sei. Der Versicherte kann demnach im gesamten EU-Gebiet Leistungen in Anspruch nehmen, allerdings muss er sich mit dem Leistungsniveau des Landes in dem er versichert ist zufrieden geben. Umgekehrt hat diese Regelung natürlich auch die Konsequenz, dass die Leistungserbringer tatsächlich die Möglichkeit haben auch Versicherte aus anderen EU-Staaten zu versorgen. Hierzu gab es dann 2001 ein weiteres richtungsweisendes Urteil des EuGH, in dem die Benachteiligung von Ausländern in der Form verboten wurde, dass für sie bei stationären Aufenthalten höhere Tagessätze als für Inländer in Rechnung gestellt werden.¹⁰¹

¹⁰⁰ Vgl. EuGH Urteile vom 28.04.1998, Decker (C-120/95) und Kohll (C-158/96). Demnach verstößt eine nationale Regelung, die die Erstattung der Kosten für eine Zahnbehandlung durch einen Zahnarzt in einem anderen Mitgliedsstaat (Kohll) bzw. eine Kostenerstattung für eine im EU-Ausland gekaufte Brille (Decker) von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkassen abhängig macht, gegen die Grundsätze des freien Dienstleistungs- und Warenverkehrs.

¹⁰¹ Vgl. EuGH Urteil vom 03.10.2000, Ferlini (C 411/98)

Für die GKV bedeuten die Entwicklungen die mittel- bis langfristige Infragestellung des Sicherstellungsauftrages und Neuregelungen zur ärztlichen Bedarfsplanung. Denn wenn in der GKV versicherte Menschen Leistungserbringer im EU-Ausland aufsuchen und umgekehrt Krankenkassen in Deutschland die Kosten von im EU-Ausland erbrachten Leistungen erstatten, ist der Sicherstellungsauftrag und insbesondere die ärztliche Bedarfsplanung an diese Entwicklungen anzupassen, da derzeit eine Kapazitätenplanung auf der Basis der nationalen Leistungsnachfrage erfolgt.¹⁰²

Es wird zwar noch zu weiteren Grundsatzgutachten des EuGH kommen, allerdings ist bereits jetzt abzusehen das die Insellösungen der einzelnen nationalen Gesundheitssysteme auf Dauer keinen Bestand haben werden. Dabei muss es nicht zwingend zu einer Harmonisierung der Systeme kommen, es gilt vielmehr die erforderlichen nationalen Stabilisierungsbemühungen mit den Herausforderungen des Binnenmarktes zu verzahnen.

Auch erwarten die Versicherten der Krankenkassen in Zukunft eine Ausdehnung des Leistungsangebotes auf sämtliche EU-Staaten wie eine Mitgliederbefragung der Techniker Krankenkasse im Jahr 2001 zeigte. Demnach sind 86% der Befragten der Ansicht, dass im vereinten Europa die Versicherten frei wählen können, ob sie medizinische Leistungen im Inland oder im europäischen Ausland in Anspruch nehmen wollen.¹⁰³

Damit auf der anderen Seite die deutschen Leistungserbringer aber überhaupt Chancen auf einen Leistungsexport haben, ist die Effizienz der Leistungserstellung zukünftig enorm wichtig. Dabei hat das deutsche Gesundheitswesen derzeit noch, vor allem im Bereich der Qualität der Leistungserbringung und vor allem in der technischen Ausstattung der Leistungserbringer, international durchaus einen guten Ruf und damit auch eine gute Ausgangsposition im internationalen Wettbewerb.¹⁰⁴

¹⁰² Vgl. Zipperer (1999) S. 69 ff.

¹⁰³ Vgl. Techniker Krankenkasse (2001) Mitgliederbefragung

¹⁰⁴ Vgl. Salfeld, Witte (2001) S. 1

3.1.6. Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung

Die Entwicklung der Volkswirtschaft beeinflusst vor allem die Einnahmesituation der GKV. Ein Konjunkturrückgang, ist in der Regel mit höherer Arbeitslosigkeit verbunden und Arbeitslose zahlen durchschnittlich geringere Beiträge als Arbeitnehmer. Gleichzeitig ist mit einem konjunkturellen Rückgang in der Regel auch eine moderate Tarifpolitik verbunden. Da die Beiträge der GKV größtenteils als prozentuale Anteile von Löhnen und Gehältern berechnet werden, führen niedrige Lohnsteigerungsraten dazu, dass die Einnahmen der GKV in diesen Zeiten auch nur unterdurchschnittlich steigen können. Auf der anderen Seite verlaufen die Ausgaben der GKV jedoch relativ konjunkturunabhängig (obwohl sich die GKV-Ausgaben wie z.B. die Budgets der ambulanten Leistungserbringer eigentlich an der wirtschaftlichen Entwicklung orientieren sollten) was in Zeiten eines konjunkturellen Abschwungs zu einer höheren finanziellen Belastung für die GKV führt.¹⁰⁵ Zu berücksichtigen ist diese Systematik vor allem bei internationalen Vergleichen nationaler Gesundheitssysteme: Oftmals erfolgt ein solcher Vergleich nämlich auf der Basis „Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt“. Durch den beschriebenen Zusammenhang zwischen GKV-Einnahmen und der konjunkturellen Entwicklung kann bereits ein Konjunkturtief dazu führen, dass der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP stark ansteigt, weil das Bruttoinlandsprodukt durch die negative gesamtwirtschaftliche Entwicklung direkt betroffen wird, auf der anderen Seite die Ausgaben im Gesundheitswesen aber kaum tangiert werden.

Die Auswirkungen einer fast ausschließlich auf Löhnen und Gehältern basierenden Finanzierung des Gesundheitssystems werden im Kap. 3.2.1 nochmals genauer erörtert.

¹⁰⁵ Vgl. Oberdieck (2000) S. 22 f.

3.2. Die Branchenstruktur: Wettbewerbskräfte innerhalb der GKV

Nachdem im vorherigen Kapitel 3.1 die externen Einflussfaktoren auf die GKV beschrieben wurden, geht es in diesem Abschnitt um die Untersuchung der brancheninternen Prozesse, d.h. es erfolgt eine Analyse der Wettbewerbskräfte und der derzeitigen Wettbewerbsstrukturen innerhalb des GKV-Systems. Als Vorgehensweise für diese Analyse wird das Five-Forces-Modell von M. Porter herangezogen.¹⁰⁶ Dieser geht in seinem Modell davon aus, dass die Struktur einer Branche im Wesentlichen von fünf Wettbewerbskräften bestimmt wird. Durch die Analyse dieser Kräfte können Unternehmen dann erkennen wie attraktiv ein Verbleiben bzw. ein Neueintritt in diese Branche für sie ist. Entsprechend geht es für die Unternehmen also darum eine Position in der Branche zu finden, in der sie sich besonders gut gegen die Wettbewerbskräfte verteidigen oder sie zu ihren Gunsten beeinflussen können.¹⁰⁷

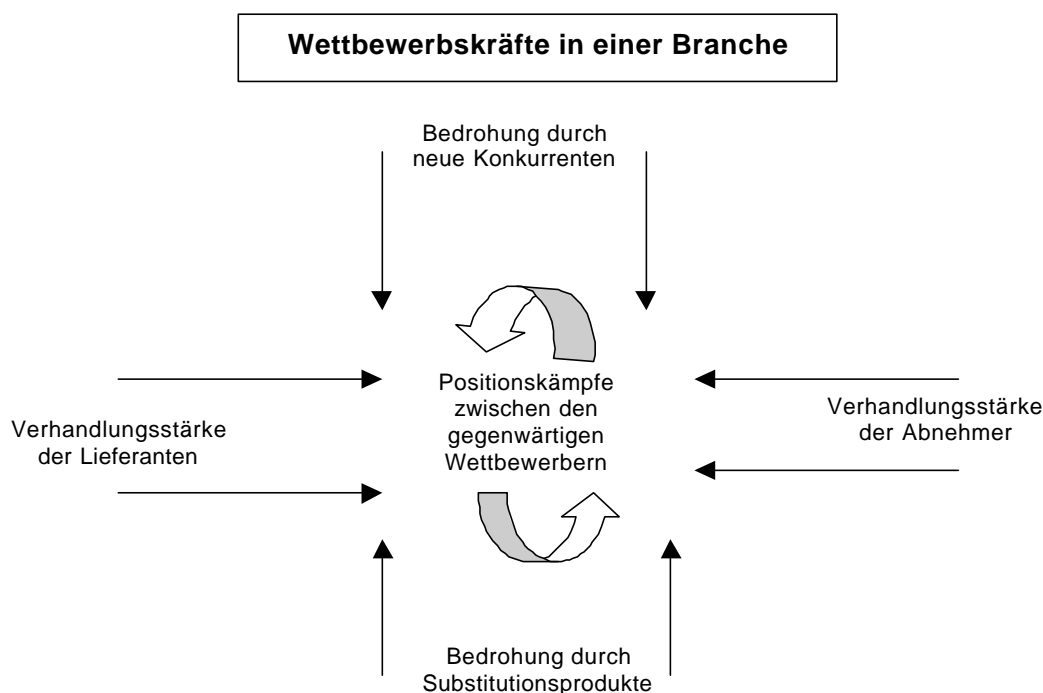


Abb. 12: Wettbewerbskräfte in einer Branche, Quelle: Porter (1999) S. 28

Neben diesen fünf Kräften erwähnt M. Porter den Staat als möglichen Sonderfaktor, der die Wettbewerbsstruktur einer Branche durch gesetzliche Regelungen

¹⁰⁶ Vgl. Porter (1999) S. 27

¹⁰⁷ Vgl. Porter (1999) S. 28

beeinflussen kann und je nach Branche deshalb zusätzlich Berücksichtigung in der Analyse finden muss.¹⁰⁸ Wie bereits in Kap. 2.2 beschrieben bewegt sich die vorliegende Arbeit allerdings nicht auf der Ebene eines einzelnen Unternehmens innerhalb einer Branche, das eine optimale Wettbewerbsposition anstrebt. Vielmehr bleibt die Arbeit auf der übergeordneten Ebene und hat das gesamte GKV-System im Blickwinkel.

Trotzdem bietet die Systematik der Branchenanalyse von M. Porter auch aus branchenübergeordneter Perspektive eine gute Möglichkeit die Wettbewerbskräfte innerhalb der GKV-Branche besser zu verstehen und mit diesem Wissen anschließend wirkungsvolle neue Strategien zu entwickeln.

Allerdings bedarf es einiger Veränderungen am Modell von M. Porter, da die Besonderheiten des Gesundheitswesens berücksichtigt werden müssen. Als Mittelpunkt der Betrachtungen wird hierbei der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen festgelegt. Diese Position wird aufgrund der zentralen Rolle der Krankenkassen zwischen den Versicherten (Kunden) und den Leistungserbringern (Lieferanten) gewählt. Weiterhin wird der Staat aufgrund seiner starken Rolle in der GKV-Branche als Sonderfaktor berücksichtigt. Das Schaubild ändert sich also wie folgt:

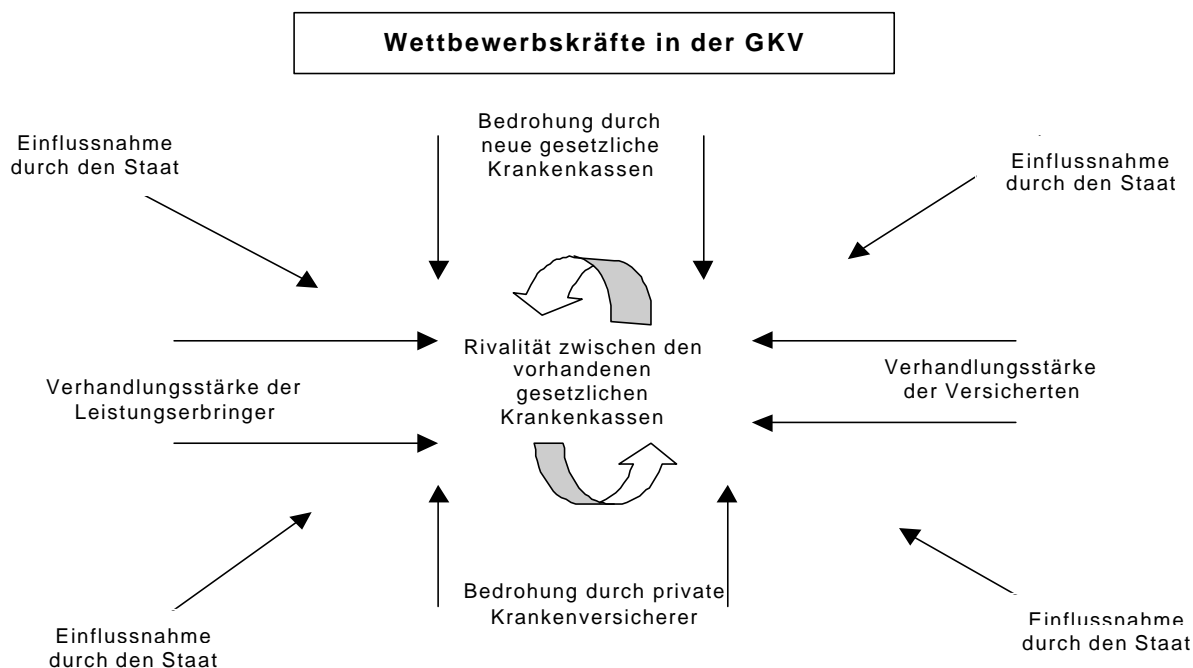


Abb. 13: Wettbewerbskräfte in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an M. Porter (1999) S. 28

¹⁰⁸ Vgl. Porter (1999) S. 195 f.

3.2.1. Rivalität zwischen den gesetzlichen Krankenkassen

Zur Beurteilung der Rivalität und der Konkurrenzsituation zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird zunächst auf die gesetzlichen Regelungen eingegangen, die für die Wettbewerber bedeutend sind (Kap. 3.2.1.1). Anschließend untersucht Kap. 3.2.1.2 die Intensität und die bisherigen Auswirkungen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen (unter besonderer Berücksichtigung des Risikostrukturausgleiches).

3.2.1.1. Der gesetzliche Rahmen für die Krankenkassen

Die Grundlagen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, der zu versichernde Personenkreis sowie der Umfang und die Art der Leistungserbringung bilden die maßgebenden gesetzlichen Regelungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und definieren zugleich das Aufgabengebiet, in dem sich die Krankenkassen zu bewegen haben.

3.2.1.1.1. Die Finanzierung der GKV

Grundgedanke des Finanzierungsmodells der GKV ist das Solidaritätsprinzip, in dem jeder Versicherte gemäß seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen herangezogen wird, unabhängig der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen. Diese Grundaussage findet sich gleich auf mehreren Ebenen bestätigt:¹⁰⁹

- Personen mit höherem Erkrankungsrisiko zahlen bei gleichem Einkommen den gleichen Beitrag wie ein gesundes Mitglied
- Besserverdienende Versicherte zahlen bei gleichem Leistungsanspruch höhere Beiträge als Geringverdienende

¹⁰⁹ Vgl. Neuffer (1997) S. 72 f.

- Versicherte ohne Familie zahlen den gleichen Beitrag wie Versicherte mit Familie

Tendenziell erfolgt also eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken, von Besserverdienenden zu Geringverdienenden und von Alleinstehenden zu Familien.

Die Krankenversicherer haben die anfallenden Ausgaben durch eigene Einnahmen zu decken, wobei es sich im Wesentlichen um Beitragseinnahmen handelt.¹¹⁰ Grundlage für die Berechnung dieser Beiträge sind überwiegend die Bruttolöhne und Gehälter der Mitglieder. Dabei werden die Löhne und Gehälter allerdings nur bis zu einer monatlichen Bemessungsgrenze von 3.750 € (Stand Jan. 2002) herangezogen. Geht man vom derzeitigen durchschnittlichen GKV-Beitragssatz der Krankenkassen von 14% (Stand Jan. 2002) aus, berechnet sich hieraus ein maximaler monatlicher Beitrag von 525 €. Da der Arbeitgeber im Rahmen der paritätischen Finanzierung jeweils die Hälfte des Beitrages übernimmt, liegt der maximale Arbeitnehmerbeitrag bei 262,50 € monatlich.¹¹¹

Der individuelle Beitrag eines Mitgliedes berechnet sich also durch die Multiplikation der Beitragsbemessungsgrundlage mit dem Beitragssatz der jeweils gewählten Krankenkasse.¹¹²

Bei Arbeitnehmern werden über das Arbeitsentgelt hinaus keine weiteren Einnahmen für die Beitragsberechnung herangezogen. Lediglich bei einigen kleineren Personenkreisen (z.B. Selbstständige) ist das gesamte Einkommen abzüglich der Werbungskosten für die Beitragsberechnung entscheidend.¹¹³

Da also beim überwiegenden Teil der GKV-Mitglieder die Beiträge ausschließlich auf der Basis von Lohn und Gehalt berechnet werden, hängen auch die Einnahmen der Krankenkassen entscheidend von der Grundlohnentwicklung ihrer Mitglieder ab. Für viele Fachleute stellt das Absinken der Bruttolohnquote¹¹⁴

¹¹⁰ Im Jahr 2000 beliefen sich die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen auf 134 Mio. €, wobei gut 130 Mio. € aus Beiträgen stammt.

¹¹¹ Der monatliche Beitrag liegt immer dann höher, wenn eine Krankenkasse mit einem Beitragssatz über dem durchschnittlichen Satz aller Krankenkassen gewählt wird.

¹¹² Vgl. § 223 und § 241 SGB V

¹¹³ Vgl. § 240 SGB V

¹¹⁴ Die Bruttolohnquote stellt den Anteil der gesamten Einkommen aus unselbstständiger Arbeit (Löhne und Gehälter) am Volkseinkommen dar. Die Gewinnquote ist der Anteil der gesamten Gewinneinkommen (Gewinne aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitaleinkünfte) am Volkseinkommen.

deshalb auch das eigentliche Problem der GKV dar und sie sprechen demzufolge auch von einem Einnahmeproblem der GKV.¹¹⁵

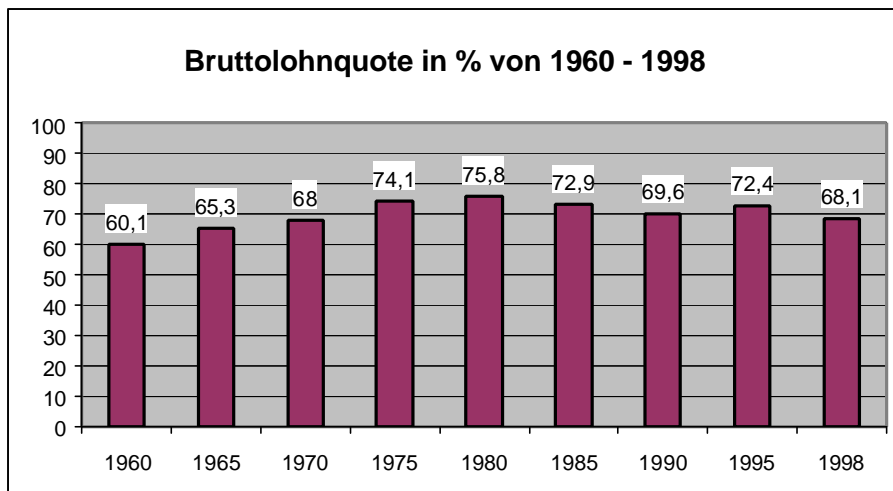


Abb. 14: Bruttolohnquote in % von 1960 - 1998, Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung

So ist die Bruttolohnquote ab 1966 kontinuierlich gestiegen und erreichte 1980 mit fast 76% ihren Höhepunkt. Seit diesem Zeitpunkt sinkt die Lohnquote beständig und liegt heute bei etwa 68%, bei gleichzeitigem Anstieg der Gewinnquote.¹¹⁶ Gründe für diese Entwicklung sind im Wandel der Erwerbsbiographien der Bevölkerung zu suchen. Nicht zuletzt durch das starke Wachstum der IT- und Multimediabranche wurde in den vergangenen Jahren die Struktur der typischen Beschäftigungsverhältnisse aufgeweicht. Statt dessen findet man immer mehr freiberufliche Tätigkeiten, 325-€-Jobs, Projektarbeiten, etc. Das monatliche Bruttogehalt als allein verantwortliches Einkommen für die Familie hat in vielen Fällen ausgedient. Das alles wirkt sich auf Krankenversicherungen, deren Beiträge fast ausschließlich auf der Basis von Lohn und Gehalt kalkuliert werden, natürlich negativ aus. Neben diesen Entwicklungen ist aber auch die beständig hohe Arbeitslosenquote für die verminderten Einnahmen der GKV verantwortlich. Diese Entwicklungen werden durch die im Kap. 3.2.6.2 noch zu zeigenden Verschiebungen von Geldern zwischen sozialpolitischen Ressorts zusätzlich verstärkt. Als Beispiel sei die Absenkung der Beitragsberechnungsgrundlage bei Arbeitslosengeldbeziehern genannt, was seit 1995 zu Mindereinnahmen von jährlich 2,6 Mrd. € bei den Krankenkassen führt. Die Leistungsansprüche dieser Personen haben

¹¹⁵ Vgl. u.a. Braun, Kühn, Reiners (1999) S. 245; Kayser, Schwefing (1998) S. 29 f.

¹¹⁶ Braun, Kühnen, Reiners (1999) S. 89 f.

sich dem gegenüber aber nicht verringert, weil Leistungen ja unabhängig von den gezahlten Beiträgen erbracht werden. Hier handelt es sich also um eine klassische Verschiebung von Geldern zur Entlastung der Arbeitslosenversicherung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

3.2.1.1.2. Der versicherte Personenkreis

Der versicherte Personenkreis umfasste nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zum 01.04.2002 70,7 Mio. Menschen und damit etwa 88% der Bevölkerung.¹¹⁷ Vom Versicherungsstatus werden grundsätzlich folgende Personenkreise unterschieden:

- Pflichtversicherte Personen ohne Rentner (Arbeitnehmer mit einem Bruttojahresverdienst unter der Jahresarbeitsverdienstgrenze, Studenten, Arbeitslose)
- Pflichtversicherte Rentner
- Freiwillig versicherte Personen (Arbeitnehmer mit einem Bruttojahresverdienst oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze, Selbstständige, Beamte, freiwillig versicherte Rentner, sonstige freiwillige Mitglieder)
- Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige¹¹⁸

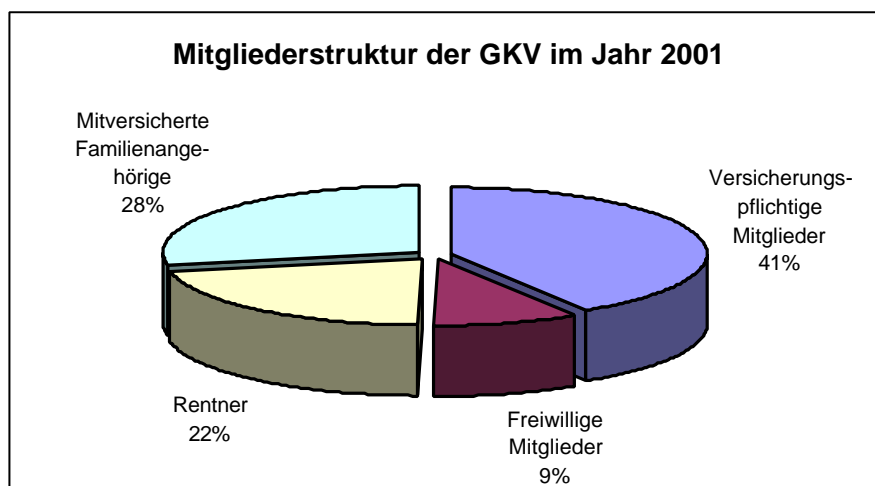


Abb. 15: Mitgliederstruktur der GKV im Jahr 2001, Quelle: BMG KM1

¹¹⁷ Vgl. BMG KM 1 (2002)

¹¹⁸ Ein besonderes Merkmal der GKV ist, dass derzeit 20 Mio. Personen, nämlich Ehepartner ohne Einkommen sowie Kinder nach § 10 SGB V kostenfrei beim Mitglied "mitversichert" sind, also selbst keine Beiträge zahlen.

Dabei beschränkt der Gesetzgeber die GKV als Pflichtversicherung auf bestimmte Personenkreise. Vor allem Personen mit höherem Einkommen wird es freigestellt, sich der solidarisch finanzierten GKV anzuschließen (freiwillige Versicherung) oder eine Krankenversicherung nach risikoäquivalenten Komponenten bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen.¹¹⁹ Neben den besser verdienenden Arbeitnehmern haben ferner Selbstständige und Beamte die Möglichkeit sich privat zu versichern. Dies wiederum bedeutet, dass einem ausgewählten Personenkreis große Mengen an Selbstbestimmungsmöglichkeiten übertragen werden, wo doch im Gegensatz dazu dem großen Rest der Bevölkerung keine Wahlmöglichkeiten gelassen werden.

Die in der GKV versicherten Personen können über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus Zusatzversicherungen bei privaten Unternehmen abschließen, die meist serviceorientierte Zusatzleistungen wie Einbettzimmer während Krankenhausbehandlungen oder Privatarztbehandlung enthalten. Zusatzversicherungen dürfen allerdings nicht von gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden, sondern beschränken sich auf private Unternehmen.

3.2.1.1.3. Umfang und Art der Leistungserbringung

Der Leistungskatalog der GKV:

Der Umfang des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung wurde durch den Gesetzgeber im fünften Sozialgesetzbuch sehr umfassend geregelt.¹²⁰ Demnach sind die Leistungen der GKV bis auf wenige Ausnahmen für alle Krankenkassen verbindlich, eine Differenzierung über den Leistungskatalog ist also nicht möglich.

Der Leistungskatalog der GKV ist insgesamt als sehr umfassend zu bezeichnen und in den vergangenen Jahren auch ständig erweitert worden.

¹¹⁹ Der Gesetzgeber spricht in diesem Zusammenhang im § 9 SGB von der Versicherungsberechtigung.

¹²⁰ Vgl. §§ 10 bis 65 SGB V

Die wichtigsten Leistungsbereiche und deren Anteil an den Gesamtkosten sehen wie folgt aus:

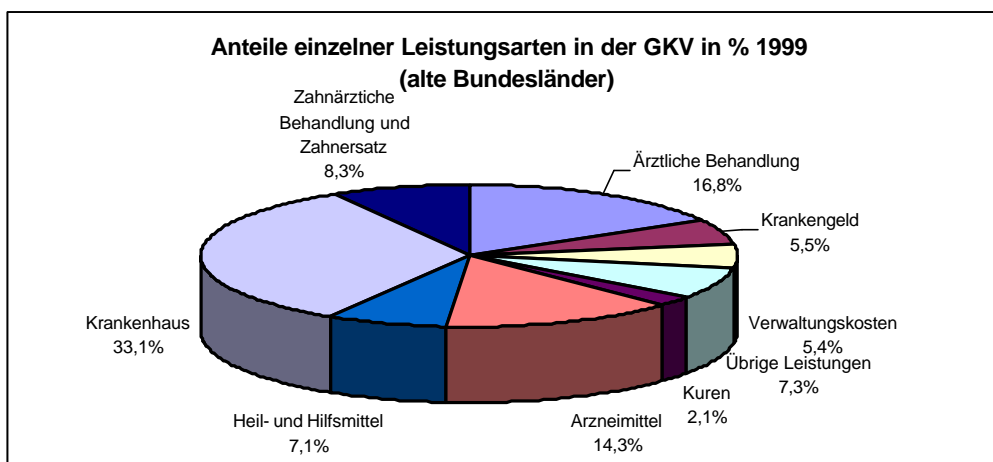


Abb. 16: Anteile der Ausgabenbereiche in der GKV in % 1999 (alte Bundesländer), Quelle: Eigene Darstellung nach BMG KJ1

Vom Gründungsgedanken der GKV, durch die Bereitstellung von Krankengeld die Sicherung des Lebensunterhaltes im Krankheitsfalle zu gewährleisten und somit den Produktionsfaktor Arbeit zu sichern, ist heute nicht mehr viel übrig geblieben.¹²¹ Stattdessen finden sich im Katalog der GKV mittlerweile Leistungen, deren Zusammenhang zur Krankenversicherung zumindest fraglich erscheint. Die Diskussion über diese sogenannten Fremdleistungen wird bereits seit längerer Zeit geführt.¹²² Klar ist allerdings, dass man alleine durch die Ausgrenzung oder Verlagerung von Leistungsansprüchen die Effizienz des Systems insgesamt nicht steigern kann. Allerdings darf ein soziales System auch nicht mit Aufgaben überfrachtet werden, deren Zuständigkeit offensichtlich in andere Bereiche fällt.

Selbstbeteiligungen der Versicherten

Derzeit haben die Versicherten bereits in vielen Leistungsbereichen der GKV Selbstbeteiligungen zu tragen, allerdings in sehr unterschiedlicher Ausprägung (prozentuale Gestaltung oder feste Beträge, zeitlich begrenzt oder unbefristet, etc.) und auch in sehr unterschiedlicher Höhe. Die folgende Abbildung gibt hierzu eine Übersicht:

¹²¹ Vgl. Ehlers (1998) S. 151

¹²² Auf das Thema Fremdleistungen wird in Abschnitt 5.2.2.2 nochmals eingegangen.

Leistung	Zuzahlung	Härtefallregelung
Arzneimittel (Packungsgröße N1)	4 €	a, b, c
Arzneimittel (Packungsgröße N2)	4,50 €	a, b, c
Arzneimittel (Packungsgröße N3)	5 €	a, b, c
Verbandmittel	4 €	a, b, c
Fahrtkosten	13 € pro Fahrt	a, b
Heilmittel (Massagen, etc.)	15% der Kosten	a, b, c
Bestimmte Hilfsmittel	20% der Kosten	a, c
Krankenhausbehandlung	9 € pro Tag, max. 14 Tage	C
Stationäre Kuren	9 € pro Tag	a, c
Anschlussrehabilitation	9 € max. 14 Tage	a, c
a: Sozialklausel nach § 61 SGB V (vollständige Befreiung) b: Überforderungsklausel nach § 62 SGB V (teilweise Befreiung) c: Befreiung für Kinder bis 18 Jahre		

Abb. 17: Selbstbeteiligungen in der GKV, Quelle: Eigene Darstellung (Stand 01.01.2002)

Die ambulante ärztliche Behandlung als wichtigste Leistungsart ist allerdings nach wie vor ohne Zuzahlung frei zugänglich für die Versicherten. Es handelt sich bei der ambulanten Behandlung deshalb um die wichtigste Leistungsart, weil hierüber der Eintritt in das Gesundheitswesen erfolgt und der niedergelassene Arzt einen großen Anteil der weiteren Leistungen veranlasst.¹²³ Gerade in dem für Selbstbeteiligungen interessanten Bagatellbereich (leichte Erkrankungen) besteht für die Versicherten die Möglichkeit ohne finanzielle Beteiligung jederzeit einen (oder mehrere) Ärzte aufsuchen zu können. Vergleicht man weiterhin die Vorschriften in anderen Ländern, so fällt außerdem auf, dass Deutschland insgesamt bei Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen eher am unteren Ende anzusiedeln ist.¹²⁴

Sachleistungsprinzip

Die Krankenkassen haben die überwiegende Zahl der Leistungen als Sachleistung zu erbringen,¹²⁵ d.h. die Krankenkassen rechnen die Kosten mit den Leistungserbringern (bzw. deren Organen) direkt ab, so dass für die Patienten die Leistungen zunächst als kostenlos erscheinen. Diese erhalten weder einen Durchschlag der Abrechnung des Leistungserbringers noch müssen sie den „Erhalt der Leistungen“ beim Arzt durch Unterschrift quittieren. Im Prinzip haben sie noch nicht einmal annähernd eine Ahnung davon, was z.B. ein Tagessatz im Krankenhaus kostet

¹²³ Vgl. Schönbach (1994) S. 25

¹²⁴ Vgl. Beske (2001) S. 215 ff.

¹²⁵ Vgl. § 2 Abs. 2 SGB V

oder wie hoch der Preis für eine bestimmte Spezialbehandlung ist. Das dieses System die Transparenz und Kostensensibilität nicht gerade fördert leuchtet schnell ein und manche Experten fordern daher die Abschaffung des Sachleistungsprinzips zugunsten eines Kostenerstattungsprinzips.¹²⁶

3.2.1.2. Die aktuelle Wettbewerbssituation der gesetzlichen Krankenkassen

In den letzten Jahren hat sich das Umfeld für die Krankenkassen stark verändert. In einem System wo bisher kaum Wettbewerb stattgefunden hat, hat sich in sehr kurzer Zeit, vor allem durch das uneingeschränkte Kassenwahlrecht der Versicherten, der Wettbewerbsdruck erhöht. Die derzeitige Marktstruktur und deren Veränderung durch den Mitgliederwettbewerb sieht wie folgt aus:

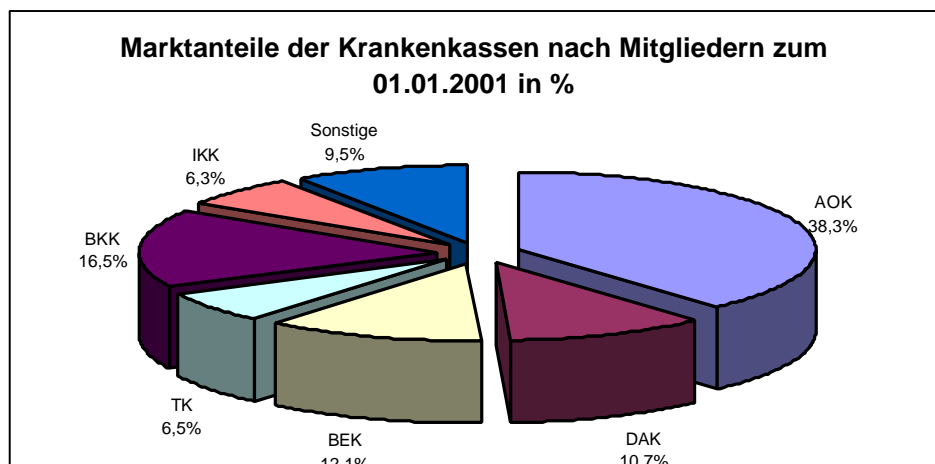


Abb. 18: Marktanteile der Krankenkassen nach Mitglieder zum 01.01.2001 in %, Quelle: BMG KM 1

¹²⁶ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 4

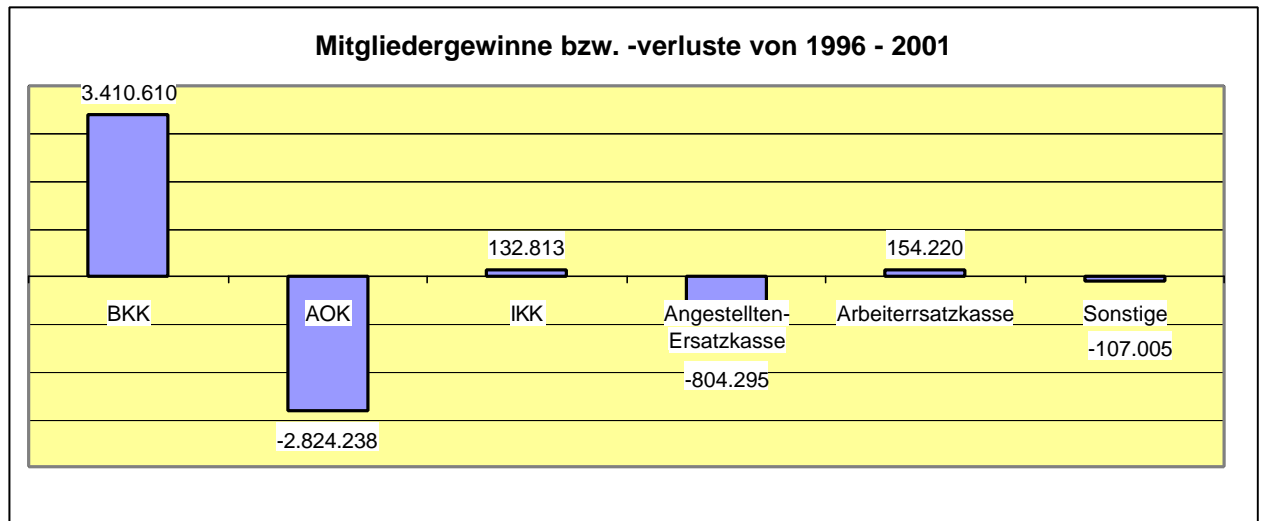


Abb. 19: Mitgliedergewinne bzw. -verluste von 1996 bis 2001, Quelle: Eigene Berechnung nach BMG KM1 (Stand 01.07.2001). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass bei den Angestellten-Ersatzkassen die Mitgliederentwicklung nicht einheitlich verlaufen ist. So haben die großen Ersatzkassen wie BEK und DAK Mitgliederverluste hinnehmen müssen, während kleinere Ersatzkassen wie die TK und die GEK stark gewachsen sind.

Als Antwort auf den gestiegenen Wettbewerbsdruck ist auch die Zahl der Krankenkassen stark gesunken und hat sich in der Zeit von 1980 (1.319 Krankenkassen) bis 1999 (420 Krankenkassen) fast gedrittelt.

Ein äußerst wichtiges Instrument zur Regulierung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist der Risikostrukturausgleich (RSA). Der RSA wurde 1993 im Rahmen des GSG zur Vorbereitung auf die Krankenkassenwahl-freiheit der Versicherten eingeführt. Der Hintergrund für die Aufnahme des RSA in die Sozialgesetzgebung war es, für den Start des Kassenwahlrechts 1996 gleiche Startchancen für die Wettbewerber (Krankenkassen) zu gewährleisten.¹²⁷ Bis zur Einführung des RSA hatten die Krankenkassen sehr differenzierte Versichertenstrukturen, die auch sehr unterschiedliche Beitragssätze nach sich zogen. Diese großen Beitragssatzunterschiede waren, bei fast identischem Leistungsangebot der Krankenkassen, sozialpolitisch nicht mehr zu vertreten und sollten durch den RSA angenähert werden.

Für die Ermittlung der RSA-Transfersummen zwischen den Kassen sind grundsätzlich zwei Rechengrößen zu beachten:

¹²⁷ Vgl. Pfaff, Wassener (1998) S. 10

1. Der Beitragsbedarf einer gesetzlichen Krankenkasse bezüglich des RSA:
Das gesamte Versichertenkollektiv der GKV wird zunächst in insgesamt 670 Cluster unterteilt. Basis für diese Clusterung sind die Parameter Alter, Geschlecht, Anzahl der familienversicherten Personen und EU/BU-Rentner. Anschließend werden anhand von Stichproben die durchschnittlichen bundesweiten Ausgaben für die einzelnen Cluster ermittelt. Keine Berücksichtigung finden hierbei Satzungsleistungen, Ermessensleistungen und Verwaltungsausgaben.
Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ermittelt sich nun durch die Addition der jeweiligen zuvor errechneten standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben für die bei der Krankenkasse versicherten Cluster. Jeder Versicherte wird für jeden Tag der Mitgliedschaft bei einer Kasse einem entsprechenden Cluster zugeordnet.
2. Finanzkraft einer gesetzlichen Krankenkasse bezüglich des RSA:
Die Finanzkraft der einzelnen Krankenkasse wird ermittelt, indem die Summe aller Beitragsbedarfe aller Kassen gebildet wird und anschließend durch die Summe aller Grundlöhne geteilt wird. Das Ergebnis wird als Ausgleichsbedarfssatz bezeichnet. Anschließend wird die Summe der Grundlöhne der zu beurteilenden Krankenkasse mit dem Ausgleichsbedarfssatz multipliziert. Das Ergebnis stellt die Finanzkraft dieser Krankenkasse dar.

Die Differenz zwischen Finanzkraft und Beitragsbedarf der einzelnen Kassen ergibt abschließend die RSA-Transfersumme. Liegt also z.B. der Beitragsbedarf einer Kasse über der Finanzkraft dann erhält sie die Differenz im Rahmen des RSA-Ausgleichs erstattet.¹²⁸

Im Jahr 2000 erreichte der RSA ein Volumen von mehr als 11 Mrd. €. Empfänger waren dabei die Ortskrankenkassen (10 Mrd. €) und die Knappschaft (1,4 Mrd. €). Dagegen waren vor allem die Betriebskrankenkassen mit 3,4 Mrd. € und die Ersatzkassen mit 7,3 Mrd. € die Haupteinzahler in den RSA.

¹²⁸ Vgl. IGES, Cassel, Wasem (2000) S. 38 ff.

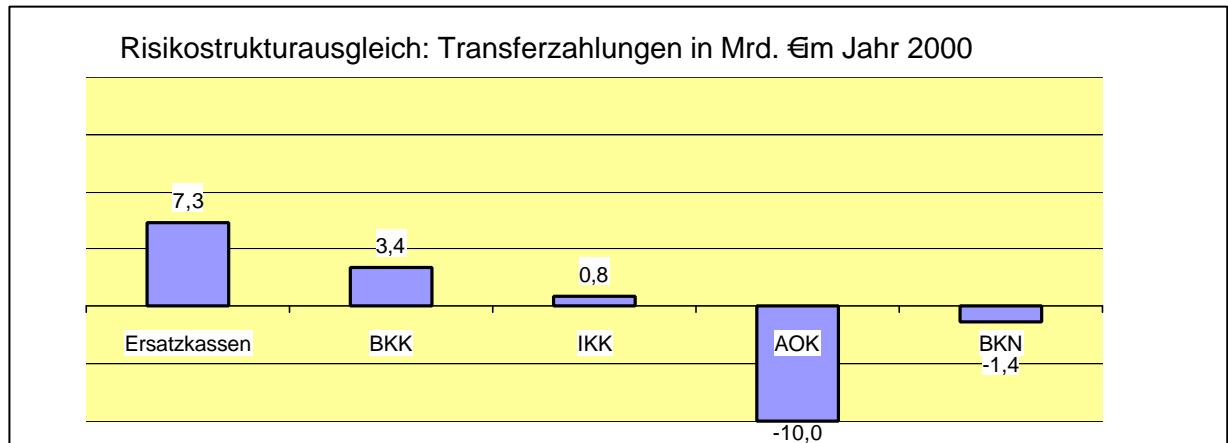


Abb. 20: Risikostrukturausgleich: Transferzahlungen in Mrd. € im Jahr 2000, Quelle: Bundesversicherungsamt

Durch die Angleichung der Beitragssätze der Krankenkassen sollte das Ausgleichsvolumen des RSA mittelfristig sinken, bzw. er sollte langfristig sogar überflüssig werden. Allerdings ist das Gegenteil eingetreten, da die Ausgleichsvolumina ständig steigen und immer höhere Geldsummen transferiert werden. Die Begründung liegt darin, dass fast ausschließlich junge und gesunde Versicherte ihre Kasse gewechselt haben und dies zu Krankenkassen, die bereits im Vorfeld über eine gute Mitgliederstruktur verfügten. Demnach ist eine noch stärkere Risikokonzentration entstanden, die wiederum zu ständig höheren Ausgleichssummen führt.¹²⁹

Das zeigt aber auch, dass die derzeitigen Ausgleichskriterien des RSA eher schwache Indikatoren für die tatsächliche Morbidität der Versicherten sind. Personen, die ihre Krankenkasse wechseln, liegen in der Regel mit ihren individuellen Leistungsausgaben deutlich unter den standardisierten RSA-Leistungsausgaben ihres Clusters.

¹²⁹ Vgl. Lauterbach, Wille (2000) S. 2 f.

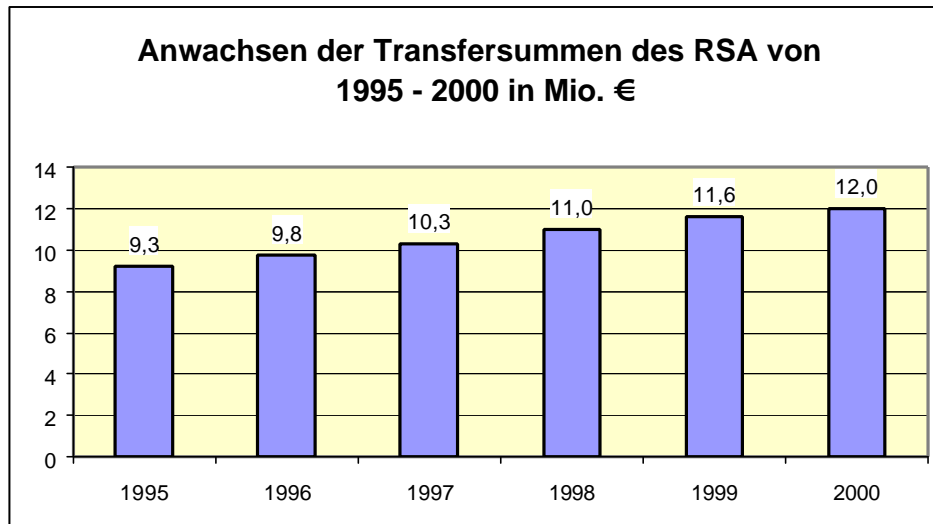


Abb. 21: Anwachsen der Transfersummen des RSA von 1995 - 2000 in Mio. €
Quelle Bundesversicherungsamt

Seit der Einführung 1993 ist der RSA heftig umstritten und auch ständiges Diskussionsthema in den Medien. Die einen sehen die Solidarität innerhalb der GKV durch hohe Transfersummen überstrapaziert, andere hingegen fordern eine weitere Verfeinerung.¹³⁰ Insgesamt muss aber konstatiert werden, dass aus dem theoretisch gut gemeinten (und auch notwendigen) Instrument, mittlerweile ein intransparenter und unübersichtlicher politischer Spielball der unterschiedlichen Interessenten geworden ist. Ständig werden Veränderungen des RSA eingefordert, mit dem einzigen Ziel die eigenen Wettbewerbschancen zu verbessern. Da eine Berechnung der Risikoprofile nur auf der Basis von Stichproben erfolgte, werden auch die zugrunde gelegten Daten immer wieder bezüglich ihrer Richtigkeit angezweifelt.¹³¹

Die Mitgliederwanderungen zu den Betriebskrankenkassen in den vergangenen Jahren und die damit verbundenen Finanzprobleme der anderen Krankenkassen haben erneuten Anpassungsbedarf an den Ausgleichskriterien signalisiert. Zur Eindämmung der Risikoselektion der Krankenkassen sollen deshalb langfristig (ab 2007) Morbiditätsindikatoren in den RSA integriert werden. Für den Überbrückungszeitraum wird ein Hochrisikopool gebildet, in dem sich alle Versicherte

¹³⁰ Vgl. Ehlers (1998b) Vorwort

¹³¹ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 16

wiederfinden, für die die Ausgabensumme von 20.000 € pro Jahr überschritten wird. Für diesen Pool werden dann 60% der entstandenen Kosten durch den RSA ausgeglichen. Außerdem sollen noch in 2002 die ersten Verträge zum Disease Management bezüglich Diabestes mellitus II und Brustkrebs zwischen Krankenkassen und Ärztgruppen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden. Sind chronisch Kranke, bei freiwilliger Teilnahme, in einem solchen vom Bundesversicherungsamt zertifizierten Programm eingeschrieben, erhält die betreffende Krankenkasse eine höhere RSA-Gutschrift.¹³² Auf die Disease Management-Programme und insbesondere der Auswirkungen durch die Verknüpfung mit dem RSA wird in Kap. 3.2.6.3 nochmals genauer eingegangen.

Gesundheitspolitisch sind Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen zwar weiterhin erwünscht, allerdings sollen diese nicht durch „Rosinenpickerei“ bei Versicherten, sondern durch effizientes Leistungs-, Vertrags- und Kostenmanagement entstehen. Die Entwicklung zeigt aber, dass ohne weitere Wettbewerbsinstrumente für die Krankenkassen (vor allem im Bereich des Vertragsmanagements) der RSA eine leere Hülse bleibt.¹³³ Ohne zusätzliche Gestaltungsparameter wird nämlich Risikoselektion für die Krankenkassen nach wie vor ein wichtiger Erfolgsfaktor sein, da dieses die derzeit wirkungsvollste Methode darstellt, um günstige Beitragssätze zu erlangen oder zu halten, vor allem weil die derzeitigen RSA-Parameter nur schwache Indikatoren für das tatsächliche Morbiditätsrisiko darstellen.

Neben der bereits angesprochenen Unübersichtlichkeit des RSA findens sich aber auch einige inhaltliche Fehlkonstruktionen. Als Beispiel sei hier genannt, dass bei der Ermittlung der durchschnittlichen GKV-Kostenprofile für die ambulante ärztliche Vergütung nicht die Summe der Kopfpauschalen herangezogen wird (die ja tatsächlich von den Krankenkassen gezahlt wird), sondern die durchschnittlich verbrauchten tatsächlichen Leistungsausgaben des Clusters (Leistungsmengen x Punktwerte). Dabei werden auch noch die Kosten der mitversicherten Familienangehörigen berücksichtigt, die wiederum bei den von den Krankenkassen tatsächlich zu zahlenden Kopfpauschalen keine Rolle spielen.

¹³² Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV (2002)

¹³³ Vgl. Rebscher (1998) S. 77

Auf Grund dieser Unplausibilitäten lagen z.B. die berücksichtigungsfähigen Ausgaben (Kopfpauschalen) der AOK im Jahr 1998 um 7,5% unter den entsprechenden im RSA „gutgeschriebenen“ Leistungsausgaben (Leistungsmengen x Punktwert).¹³⁴

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass der RSA insgesamt ein wichtiges und notwendiges Instrument darstellen sollte, um grobe Wettbewerbsverzerrungen in der Risikostruktur auszugleichen. Ein zu feiner Ausgleich mit vielen Clustern wird zu einem immer stärkeren tatsächlichen Kostenausgleich führen, da die einzelnen Cluster jeweils mit weniger Personen besetzt sind. Ein stärkerer Kostenausgleich führt aber zu verminderten Anreizen für die Krankenkassen selbst wirtschaftlich und effizient zu handeln. Auch wenn einzelne Indikatoren in der Berechnung geändert werden sollten und neue Indikatoren hinzu kommen, so ist der wichtigste Punkt die Erhöhung der Transparenz und Glaubwürdigkeit des Ausgleichs.

Die Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenkassen hat aufgrund der beschriebenen Situation zwar zugenommen, allerdings bestehen außer im Preis (Beitragsatz) kaum Differenzierungsparameter zwischen den Wettbewerbern.

Hierin ist dann auch der entscheidende Grund zu suchen warum der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bisher fast ausschließlich auf Randgebieten wie Marketing und Service stattfindet.¹³⁵ Die mangelnde Differenzierungsmöglichkeit in den Kernbereichen der Krankenkassen (vor allem durch den Kontrahierungszwang mit den Kassenärztlichen Vereinigungen) lässt eine eigenständige Positionierung nicht zu und die Krankenkassen agieren demzufolge überwiegend ohne eigenes Profil.¹³⁶

Die jetzige Situation kann deshalb nur als eine Übergangslösung auf dem Weg zu mehr Differenzierungsmöglichkeiten für die Wettbewerber betrachtet werden. Allerdings würde dieses von den Krankenkassen auch eine Umpositionierung von Beitragsverwaltern hin zu strategisch positionierten Unternehmen verlangen.¹³⁷

¹³⁴ Vgl. Graf (2000) S. 59

¹³⁵ Vgl. Oberender, Ecker (1996) S. 31

¹³⁶ Im Mittelpunkt der Werbung steht fast immer die junge Familie und darüber hinaus wird ein „bunter Strauß“ an Serviceleistungen geboten. Das Image der Krankenkassen orientiert sich deshalb nach wie vor an den klassischen Klischees (z.B. AOK als Kasse für Arbeiter); Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 96 ff.

¹³⁷ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 92

Vorbereitungen hierzu werden aktuell bei fast allen Krankenkassen unternommen. Dabei weist sich die derzeitige Organisationsform als Körperschaft des öffentlichen Rechts als eher nachteilig aus, da vielfach hinderliche Vorschriften bestehen, die die Projekte immer wieder zurückwerfen. Als Beispiel sei hier die extrem starke Mitbestimmung durch Personalräte genannt, wodurch in der freien Wirtschaft längst anerkannte Managementkonzepte oftmals blockiert bzw. aufgehalten werden.

Trotzdem ist bei fast allen Krankenkassen eine Aufbruchstimmung zu erkennen, um die alt eingefahrenen Behördenstrukturen marktgerechter zu gestalten.

Wichtige Elemente solcher Umstrukturierungen sind:

- Der Aufbau von schlagkräftigen Vertriebs- und Kundenbindungsabteilungen
- Die Implementierung von Data-Warehouse-Lösungen um im Controllingbereich möglichst kurzfristige und aussagekräftige Steuerungsmöglichkeiten bezüglich Mitgliederentwicklung (Deckungsbeitragsrechnung pro Versicherter unter RSA-Berücksichtigung) und Leistungsausgaben zu erhalten
- Der Einstieg ins Leistungsmanagement, um die Behandlung von kostenintensiven Versicherten stärker zu steuern (Krankengeld- und Krankenhausmanagement)

3.2.2. Die Verhandlungsstärke der Leistungserbringer

Zur Beurteilung der Verhandlungsstärke der Leistungserbringer im System der GKV werden im folgenden die Leistungsbereiche mit den größten Ausgabenblöcken näher betrachtet.¹³⁸ Es handelt sich dabei um den niedergelassenen ärztlichen Bereich, der neben 16,8% der Gesamtkosten auch für einen Großteil der nachgelagerten Leistungsausgaben mitverantwortlich ist (z.B. durch Einweisung in Krankenhäuser, Verschreibung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel). Des Weiteren um den Krankenhausbereich mit 33,1% und den pharmazeutischen Bereich mit 14,3% der Gesamtkosten.¹³⁹

¹³⁸ S. Abb. 17 auf S. 56

¹³⁹ Vgl. BMG KJ1 Anteile der Ausgabenbereiche in der GKV in % 1999 (alte Bundesländer)

3.2.2.1. Der niedergelassene ärztliche Bereich

In § 72 SGB V werden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen aufgefordert, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenzuarbeiten. Diese vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen des Sozialgesetzbuches und der Richtlinien der Bundesausschüsse in schriftlichen Verträgen zu regeln. Hierunter sind vor allem die zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Gesamtverträge gemeint, wo insbesondere die jährliche Veränderungsrate der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte geregelt wird. Diese Gesamtvergütung nach § 85 SGB V zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Es handelt sich dabei um einen einheitlichen Betrag pro Mitglied (Kopfpauschale) der auch unabhängig von ggf. vorhandenen mitversicherten Familienangehörigen ist. Die Berechnung der Kopfpauschalen stützt sich auf die Gesamtvergütung der Krankenkassen von 1991 und wurde jährlich an die Grundlohnentwicklung sowie an die Veränderungen des Leistungskataloges angepasst.¹⁴⁰ Hatten demnach Krankenkassen 1991 überwiegend gesunde und damit kostengünstige Mitglieder in ihren Reihen, fiel die Kopfpauschale auch entsprechend niedrig aus und wird seither fortgeschrieben, unabhängig von den tatsächlichen Morbiditätsveränderungen in den jeweiligen Mitgliederstrukturen. Hinzu kommt, dass die Leistungen der Ersatzkassen bis zum Jahr 1991, aufgrund höherer Grundlöhne ihrer Versicherten generell besser honoriert wurden als Leistungen der Primärkassen, obwohl mit der Einführung des RSA unterschiedliche Grundlöhne der Mitglieder nahezu ausgeglichen werden. Trotzdem liegen die Kopfpauschalen der Ersatzkassen noch heute auf einem höheren Niveau als die der Primärkassen. Insgesamt gibt es aber eine große Bandbreite in der Höhe der Kopfpauschalen der Kassen. Für die Leistungserbringer bedeutet allerdings ein Wechsel eines Mitglieds einer Krankenkasse mit hoher zu einer Krankenkasse mit niedriger Kopfpauschale eine Verringerung der Gesamtvergütung, was im Extremfall bis zu 60% ausmachen kann.¹⁴¹

¹⁴⁰ Vgl. Graf (2000) S. 60

¹⁴¹ Vgl. Graf (2000) S. 59

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten von den jeweiligen Krankenkassen also Kopfpauschalen pro Mitglied. Im Gegenzug sind sie für die Durchführung des Sicherstellungsauftrags, d.h. die Gewährleistung der vertragsärztlichen Behandlung für die Versicherten zuständig. Sie haben die Erfüllung der Pflichten der einzelnen Leistungserbringer zu kontrollieren und bei Abweichung von gesetzlichen Vorschriften (z.B. Auffälligkeiten bei der sachlich-rechnerischen Prüfung) durch geeignete Maßnahmen korrigierend einzugreifen. Zugleich haben sie aber auch die Interessen der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten.¹⁴²

Die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkasse werden auf Leistungserbringerseite von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt, die die gesamten Ärzte vertreten und dadurch als Verband eine Monopolstellung innehaben. Diese Monopolstellung entsteht vor allem dadurch, dass auch die freie Arztwahl der Versicherten ausdrücklich auf die zugelassenen Ärzte beschränkt ist und nur sie wiederum Anspruch auf Versorgungsverträge haben.¹⁴³ Die Krankenkassen ihrerseits können über den Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung hinaus keine weiteren Einzelverträge mit Ärzten oder Ärztegruppen schließen und auch keine Ärzte selbst beschäftigen.¹⁴⁴

Zugleich wurden in den vergangenen Jahren viele weitere Instrumente zur Regulierung der ambulanten ärztlichen Versorgung eingeführt: Dieses betrifft zunächst die Begrenzung der Anzahl der Leistungserbringer: Hier bestehen bereits seit 1993 gesetzliche Regelungen. Die Umsetzung dieser „Begrenzungsregelungen“ erfolgte in der Vergangenheit anhand von Kennzahlen, die für die jeweiligen Gebiete eine bedarfsgerechte Versorgung definieren sollten.¹⁴⁵ Diese Definitionen wurde vom Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen vorgenommen, der für die unterschiedlichen Facharztgruppen und Allgemeinmediziner pro

¹⁴² Vgl. § 75 SGB V

¹⁴³ Vgl. § 85 Abs. 4 SGB V

¹⁴⁴ Ausnahmen sind hierbei die Modellverträge, die seit Einführung des 2. NOG möglich sind. Durch die weiterhin geltende Gesamtbudgetierung besteht in der Regel aber trotzdem die Notwendigkeit mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu verhandeln. Im Kapitel 3.2.6.3 wird nochmals detaillierter auf diese Probleme eingegangen.

¹⁴⁵ Vgl. Klemm (1999) S. 49

Raumgliederungstyp eine Arzt/Einwohner-Zahl festlegte.¹⁴⁶ Die Überwachung dieser Quoten erfolgt vierteljährlich durch die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen.

Übersteigt die Ärztedichte nun 10% der errechneten bedarfsgerechten Versorgung, geht man fortan von einer Überversorgung aus und weitere Ärzte können nur dann zugelassen werden, wenn sie eine bereits bestehende Praxis übernehmen.¹⁴⁷ Vor 1993 ging man erst bei einer 50%igen Überschreitung der bedarfsgerechten Versorgung von einer Überversorgung eines Bereiches aus. Diese Richtlinien des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung von Überversorgung bedeuten eigentlich nur eine Festlegung auf zufälligem Niveau, da die vorhandenen Arztzahlen von 1990 die Basis für die Erarbeitung der Quoten darstellten. Ob die zu diesem Zeitpunkt vorhandene Arztzahl aber auch tatsächlich die bedarfsgerechte ist, darf zumindest angezweifelt werden.

Trotz dieser Beschränkungen stieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte durch Neugebietsplanungen und Ausnahmeregelungen in der Vergangenheit weiter an was letztlich auch zu einer ständigen Erhöhung der Ärztedichte führte.

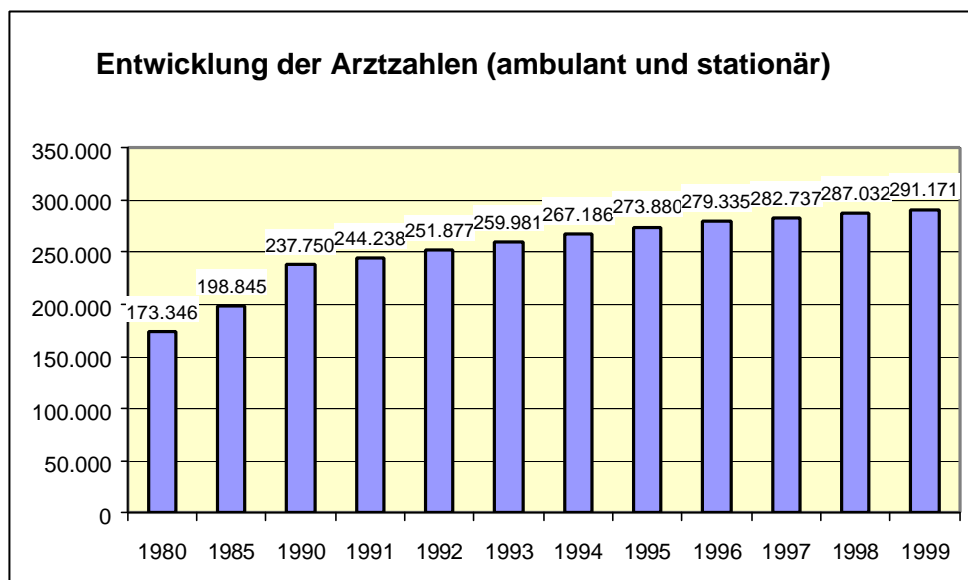


Abb. 22: Entwicklung der Arztzahlen, Quelle: Statistik der Bundesärztekammer

¹⁴⁶ Bei den Raumgliederungen wird unterschieden zwischen großen Verdichtungsstädten (Kernstädte, Hochverdichtete Kreise, Normalverdichtete Kreise, Ländliche Kreise), Verdichtungsansätzen (Kernstädte, Normalverdichtete Kreise, Ländliche Kreise), Ländliche Regionen (Verdichtete Kreise, Ländliche Kreise) und der Sonderregion Ruhrgebiet; Vgl. Bundesausschuss Ärzte der Ärzte und Krankenkassen (1999) S. 8 ff.

¹⁴⁷ Vgl. § 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V

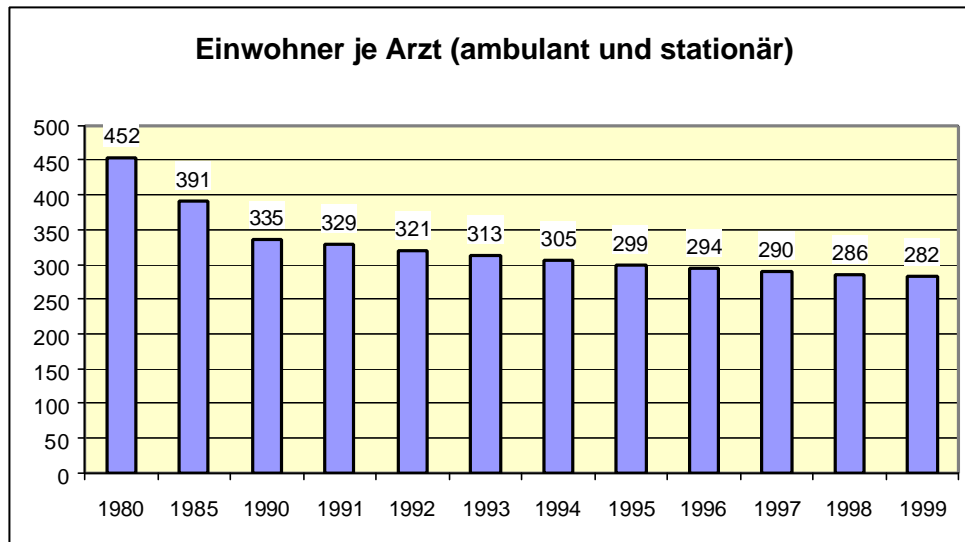


Abb. 23: Einwohner je Arzt (ambulant und stationär), Quelle: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung, Statistik der Bundesärztekammer 2000

Aufgrund dieser Entwicklungen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen zukünftig individuelle Bedarfsplanungen vorzunehmen.¹⁴⁸

Für die gestiegenen Ärztezahlen spielt aber u.a. auch das weiterhin relativ hohe Einkommen der niedergelassenen Ärzte eine Rolle. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen erreichten sie im Jahresdurchschnitt 1996 - 1998 und nach Abzug der Betriebsausgaben immer noch einen Überschuss von knapp 100.000 € im Westen und 84.400 € im Osten (vor Steuern).

¹⁴⁸ Vgl. § 99 Abs. 1 SGB V

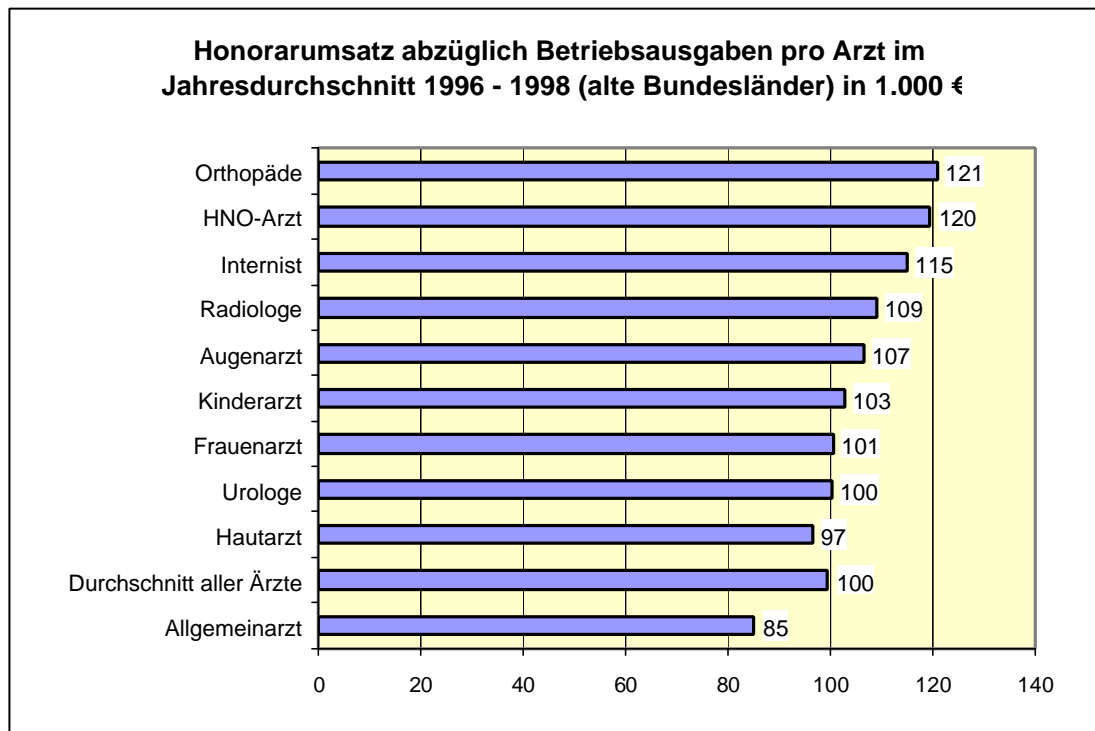


Abb. 24: Honorarumsatz abzüglich Betriebsausgaben pro Arzt im Jahresdurchschnitt 1996 – 1998 (alte Bundesländer einschließlich Berlin Ost) in 1.000 €, Quelle: Statistik der KBV (Vertragsärzte mit 4 Quartalsabrechnungen im Jahr), 1998

Allerdings ist bei den in Abb. 24 gezeigten Zahlen zu beachten, dass nicht nur zwischen den Facharztgruppen, sondern auch regional große Unterschiede in den Honorarumsätzen und somit auch in den verfügbaren Einkommen bestehen. So ergab z.B. eine Untersuchung des Zentralinstitutes für das Gebiet der KV Berlin, dass die Ärzte dort im Jahr 1997 lediglich einen durchschnittlichen Überschuss von 63.000 € erwirtschaftet haben (Honorargutschriften abzüglich Betriebsausgaben). Die Berliner Ärzte verfügten damit über die geringsten Einnahmen im Bundesgebiet.¹⁴⁹

Aufgrund höherer Einkommenschancen hat sich auch das Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten deutlich in Richtung Fachärzte verändert. Waren im Jahr 1970 nur 45% aller Ärzte als Spezialist tätig, stieg diese Zahl bis zum Jahr 1994 auf 64% an.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Vgl. ZI-Studie zur Einkommenssituation im Auftrag der KV-Berlin (2002)

¹⁵⁰ Vgl. Hustadt (1998) S. 129 ff.

Da die Zahl der zu versorgenden Versicherten aber nicht in gleichem Maße gestiegen ist wie die Zahl der vorhandenen Ärzte (insbesondere der Fachärzte) liegt die Vermutung nahe, dass sich zusätzliche Ärzte einen Teil ihrer Nachfrage, hauptsächlich aufgrund der vorhandenen Informationsasymmetrien gegenüber den Versicherten, selbst generieren (angebotsinduzierte Nachfrage). Ein Patient der seinen Arzt aufsucht tut dies im Gefühl, aufgrund einer festgestellten Befindlichkeitsstörung einer diagnostischen und eventuell auch therapeutischen Leistung zu bedürfen. Welche das ist, wird aber in der Regel durch den Arzt entschieden. Diese Tatsache bleibt solange ohne Konsequenzen, wie sich der Arzt als ein perfekter Sachverwalter des Versicherten verhält und Entscheidungen trifft, die auch der Versicherte bei vollständiger Transparenz treffen würde. Kritisch wird es, wenn der Arzt in die Entscheidung seine eigenen Interessen einfließen lässt. Sobald dies der Fall ist, wird aus einer angebotsdeterminierten eine angebotsinduzierte Nachfrage.¹⁵¹ Schulenburg meint, es gäbe keinen vernünftigen Grund dafür, dass die Ärzte der Versuchung widerstehen könnten, ihre Informationsvorsprünge opportunistisch zur Förderung ihrer Einkommensinteressen zu nutzen.¹⁵² Weitere Faktoren, die die Vermutung der angebotsinduzierten Nachfrage stützen, sind die für den Versicherten zuzahlungsfreie ärztliche Behandlung sowie die immer neuen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die dem Arzt relativ leicht die Möglichkeit bieten, ausgehend von den Symptomen die der Patient schildert, mehr als die medizinisch notwendigen Leistungen zu erbringen.¹⁵³

Insgesamt deuten mehrere Untersuchungen darauf hin, dass generell zwischen Ärztedichte und Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen ein Zusammenhang besteht. So zeigt eine empirische Untersuchung von M.J. v.d. Schulenburg im Raum Bern, dass ein hochsignifikanter Einfluss der Ärztedichte auf die Zahl der Konsultationen pro Fall besteht. Die Vermutung lag also sehr nahe, dass es zu Therapieverlängerungen bzw. häufigeren Einbestellungen kam. Vor allem bei jüngeren Ärzten wurden höhere Kosten pro Fall verursacht, was die These unterstützt, dass diese gerne teure Behandlungsverfahren einsetzen.¹⁵⁴ Auch im Querschnittsvergleich verschiedener Regionen scheint ein größeres Angebot an

¹⁵¹ Vgl. Breyer, Zweifel (1997) S. 243 f.

¹⁵² Vgl. Schulenburg (2000) S. 61

¹⁵³ Vgl. Breyer, Zweifel (1997) S. 244 f.

¹⁵⁴ Vgl. Schulenburg (2000) S. 166 f.

Ärzten mit einer verstärkten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf einherzugehen.¹⁵⁵

Aus diesen Gründen kommt dem Honorierungssystem eine sehr wichtige Rolle zu, damit der latent vorhandenen angebotsinduzierten Nachfrage entsprechend entgegengewirkt wird. Naheliegend wäre daher die Übergewichtung möglichst pauschaler Vergütungsformen. Trotzdem erfolgt im ambulanten Bereich der GKV die Vergütung derzeit ausschließlich nach Einzelleistungen. Weitere Honorierungsformen finden keine Anwendung.

Vom Prozedere her werden die einzelnen ärztlichen Leistungen im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit einer Punktzahl bemessen. Diese Punktzahlvergabe erfolgt durch den Bewertungsausschuss, der mit Krankenkassenvertretern und Leistungserbringern gleichermaßen besetzt ist. Die Ermittlung des jeweiligen Geldbetrages, der letztlich für eine Behandlung bezahlt wird, hängt neben dieser Punktzahl vom Punktwert ab, der dann mit der Punktzahl der Leistung multipliziert wird. Dieser Punktwert errechnet sich, indem die Gesamtvergütung der Krankenkassen durch die Anzahl der in dieser Zeit abgerechneten Punkte dividiert wird. Ein solches Berechnungsverfahren wird für Primärkassen (AOK, BKK, IKK) und Ersatzkassen (DAK, BEK, TK, etc.) getrennt durchgeführt, so dass zwei verschiedene Punktwerte ermittelt werden, wobei der Punktwert der Ersatzkassen bedingt durch die höheren Kopfpauschalen in der Regel über dem der Primärkassen liegt. Zusätzlich können die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen für bestimmte Leistungen feste Tarife vereinbaren, mit dem Ziel diese besonders zu fördern (z.B. für Check-up-Untersuchungen oder Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen).¹⁵⁶

Durch die Kombination der Einzelleistungsvergütung (bei der Ärzte durch eine erhöhte Produktion an Leistungen ihr Einkommen steigern können), der Gesamtbudgetierung (als Summe aller Kopfpauschalen) und der Vielzahl der Budgetteilnehmer kommt nun eine Situation zustande, die allgemein als Hamsterradefekt bezeichnet wird. Dieser erklärt sich dadurch, dass mit

¹⁵⁵ Fuchs wies in einer Querschnittsstudie in den USA von 1963-1970 nach, dass eine 10% höhere Chirurgedichte zu 3% mehr Operationen pro Kopf der Bevölkerung und entsprechend höheren Gebührensätzen für Operationen führte, was er größtenteils auf eine angebotsinduzierte Nachfrage zurückführte; Vgl. Breyer und Zweifel (1997) S. 257

¹⁵⁶ Vgl. Graf (2000) S. 64

zunehmender Anzahl der abgerechneten Punkte der Vergütungsbetrag pro Punkt sinkt. Will der einzelne Arzt aber individuell sein Einkommen halten oder erhöhen, so ist er gezwungen mehr Leistungen abzurechnen, was wieder zu einem niedrigen Punktwert führt.¹⁵⁷ Das ein Teil dieser zusätzlichen Leistungen im Rahmen einer angebotsinduzierten Nachfrage realisiert wird, ist zumindest denkbar.

Um diesem Problem entgegenzuwirken bedurfte es eines weiteren Regulierungsinstrumentes und so wurden zum 01.07.98 sogenannte Praxisbudgets eingeführt. Aufgrund von Vergangenheitswerten hat man für die einzelnen Arztgruppen durchschnittliche Leistungsmengen pro Fall (Patient) festgelegt, wobei zwischen Rentnern und allgemeinen Mitgliedern unterschieden wird. Diese definierte Fallpunktzahl wird mit der Anzahl der Patienten eines Arztes multipliziert.¹⁵⁸ Um Ärzte mit untypischen Patientenstrukturen und Ärzte, die nur auf Überweisung hin arbeiten (z.B. Radiologen) nicht zu benachteiligen, gibt es Sonderregelungen.¹⁵⁹ Neben der Leistungsmenge pro Fall wurde gleichzeitig auch die Fallzahlentwicklung reguliert indem die KV eine maximale Fallzahlsteigerung pro Arzt festlegt (in der Regel zwischen 1,5 - 5% gegenüber dem Vorjahresquartal).

Somit versucht man auf gesundheitspolitischer Ebene eine gesetzliche Regulierung der Anzahl der Ärzte, der abgerechneten Fälle pro Arzt und der abgerechneten Leistungen pro Fall, mit dem Ziel den Hamsterradeffekt zu stoppen. Das dieses in der Vergangenheit nicht gelungen ist, liegt zum einen an den - trotz vorhandener gesetzlicher Beschränkungsregeln - gestiegenen Ärztezahlen¹⁶⁰ aber auch daran, dass viele Versicherte zu Krankenkassen mit geringeren Kopfpauschalen gewechselt sind und sich somit die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung schmälerte.

Die generelle Verteilung der Gesamtvergütung der Krankenkassen auf die einzelnen Ärztegruppen ist ein internes Verfahren zwischen den Kassenärztlichen

¹⁵⁷ Vgl. Krauth, u.a. (1998) S. 10

¹⁵⁸ Mit der Einführung der Praxisbudgets wurde das Gesamtbudget auf den einzelnen Arzt heruntergebrochen.

¹⁵⁹ Techniker Krankenkasse (1999) S. 8

¹⁶⁰ Außerdem ist seit dem Jahr 2000 die ärztliche Vergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil zu trennen. Grundlage für die Ermittlung der Berechnungsfaktoren für die Trennung bildete das Jahr 1996. Da derzeit aber eine ständige Zunahme an Fachärzten zu verzeichnen ist und die Zahl der Hausärzte eher stagniert, stellt dieses ebenfalls ein immer wieder diskutiertes Problem für die fachärztliche Vergütung dar.

Vereinigungen und den Ärzten, auf das die Krankenkassen keinen Einfluss haben. Maßgebend ist hier der Honorarverteilungsmaßstab (HVM).

Ebenfalls budgetiert waren bisher die Arznei-, Verband- und Heilmittel. Hierzu wurden bereits seit 1992 zwischen Krankenkassen und den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen jährliche Ausgabenobergrenzen vereinbart. Überstiegen die Ausgaben aller Ärzte innerhalb eines Bereichs diesen Betrag sollte es grundsätzlich zu einer Gesamthaftung der Ärzte kommen. Dazu war geplant, die Ärzte pauschal mit 5% an den übersteigenden Kosten zu beteiligen.¹⁶¹ Allerdings kam es bisher nie zu irgendwelchen Haftungen der Ärzte. Überschreitungen, die in den vergangenen Jahren angefallen sind, wurden zuletzt per Gesetz am 01.01.1999 gestrichen. Zusätzlich wurden begleitend zur Gesamtbudgetierung zum 01.01.1999 individuelle Richtgrößen eingeführt, die helfen sollen, unwirtschaftlich verordnende Ärzte einzeln in Haftung zu nehmen. Der Gesamtbudgetbetrag wird dabei auf den einzelnen Arzt heruntergerechnet, dies allerdings unter Berücksichtigung der verschiedenen Facharztgruppen. Bei Überschreitungen der Richtgrößen um 5 - 15% kommt es zu Überprüfungen des Ordnungsverhaltens des Arztes (Nachweis der Unwirtschaftlichkeit muss durch Prüfungsgremium belegt werden). Liegt der Arzt mit seinem Verordnungsvolumen um mehr als 15% über den Richtgrößen, gilt die Ordnungsweise als generell unwirtschaftlich und der Arzt ist in der Pflicht das Gegenteil zu beweisen.¹⁶²

Im Rahmen des Arzneimittelbudget-Ablösegesetzes werden die fixen Budgets aufgehoben und ab dem Jahr 2002 erfolgen Zielvereinbarungen zur Entwicklung der Arzneimittelkosten zwischen den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichzeitig wird die Kollektivhaftung (die nie umgesetzt wurde) abgeschafft. Durch die Zielvereinbarungen sollen individuellere, an die Region angepasste, Lösungen gefunden werden. Die Richtgrößen, als Grundlage für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, bleiben allerdings bestehen.

¹⁶¹ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 146 f.

¹⁶² Vgl. § 106 SGB V

3.2.2.2. Die stationäre Versorgung

Wie in den meisten Gesundheitssystemen stellt auch in der GKV der stationäre Bereich den kostenintensivsten Sektor dar. Derzeit fallen hier etwa ein Drittel der Kosten des gesamten GKV-Systems an, was bereits einiges über dessen Wichtigkeit aussagt. 1999 verfügte Deutschland über 2.252 Krankenhäuser, die zu Lasten der GKV gut 35 Mrd. € umsetzten.¹⁶³ Insgesamt stehen den Versicherten ca. 530.000 Krankenhausbetten zur Verfügung, was eine Relation von 7 Betten pro 1.000 Versicherte bedeutet.¹⁶⁴

Die Finanzierung der Krankenhäuser beruht in Deutschland auf zwei Säulen (duale Finanzierung). Die Länder übernehmen den Krankenhausbau, die Erstausrüstung sowie die Wiederbeschaffung von langfristigen Gütern. Die restlichen Kosten werden durch die Krankenkassen finanziert.¹⁶⁵ Obwohl die Krankenkassen also die Folgekosten eines Krankenhausbaues zu einem Großteil alleine tragen, haben sie in der Krankenhausplanung nur geringes Mitspracherecht, da die Länder die jeweiligen Bedarfspläne aufstellen. Die Krankenhausplanung beinhaltet also im Kern eine staatliche Angebotsplanung. Für die Krankenhäuser bedeutet die Aufnahme in diese Planung so etwas wie den Ritterschlag, denn Plankrankenhäuser sind in ihrer Existenz quasi gesichert, da sie Anspruch auf Versorgungsverträge gegenüber den Krankenkassen haben. Offen bleibt lediglich in welcher Höhe die Krankenkassen die laufenden Versorgungsleistungen zu honorieren haben. Zwar haben sich die Krankenkassen mit viel Mühe das Recht erkämpft, auch Verträge mit Plankrankenhäusern kündigen zu dürfen, falls diese nachweislich nicht wirtschaftlich arbeiten, allerdings muss hierzu auch das Land einwilligen, andernfalls tritt die Kündigung nicht in Kraft.¹⁶⁶ Generell ist der Marktaustritt bei unwirtschaftlichen Krankenhäusern noch immer ein großes Problem und beinhaltet einen sehr langwierigen Prozess, der mit starken Emotionen verbunden ist. Es fällt den Entscheidungsträgern relativ leicht, neue Krankenhäuser zu eröffnen oder alte zu sanieren. Schier unmöglich ist es jedoch

¹⁶³ Vgl. VdAK (2001) S. 62

¹⁶⁴ Vgl. VdAK (2001) S. 82

¹⁶⁵ Vgl. §§ 2 KHG ff.

¹⁶⁶ Vgl. Neubauer (1999) S. 88 f.

überschüssige Kapazitäten abzubauen.¹⁶⁷ Schnell wird von einer sich drastisch verschlechternden Versorgungssituation im Krankenhausbereich gesprochen, obwohl Deutschland eine Spitzenposition im Bereich der Krankenhausedichte inne hat.¹⁶⁸

Die Vergütung durch die Krankenkassen erfolgte bisher hauptsächlich über tagesgleiche Pflegesätze. Vor allem das bis 1993 gültige Selbstkostendeckungsprinzip, wonach die Pflegesätze sich im Wesentlichen nach den Istkosten des letzten Jahres berechneten und dadurch Gewinne wie Verluste rückwirkend ausgeglichen wurden¹⁶⁹, haben erheblich zu den Kostenanstiegen im Krankenhaussektor beigetragen. Aber selbst in der Zeit der strikten Gesamtbudgetierung (1993 - 1998), wo die Gesamtausgaben für den Krankenhaussektor nur im Rahmen der Grundlohnentwicklung steigen durften, kam es durch viele vorhandene Schlupfwinkel und Ausnahmetatbestände zu weiteren Kostensteigerungen. So konnten z.B. BAT-Tarifveränderungen in voller Höhe auf die Budgets aufgeschlagen werden und Ausgleichs- und Berichtigungen aus den Jahren vor 1993 konnten ebenfalls noch berücksichtigt werden.¹⁷⁰

Somit sieht der Gesetzgeber vor, ab 2003 auf freiwilliger Ebene und ab 2004 verpflichtend, die Krankenhausvergütung im Rahmen von Diagnostic Related Groups (DRG) neu zu strukturieren.¹⁷¹ Bei einem solchen DRG-System werden Patienten zu Fallgruppen mit gleichem oder ähnlichem Aufwand zusammengefasst. Innerhalb der einzelnen DRGs wird dabei zwischen unterschiedliche Schweregraden differenziert, die sich aufgrund der Falldokumentation ergeben. Für die Bestimmung der relativen Kostengewichte, die z.B. das Verhältnis zwischen einer Hüftoperation und einer Geburt widerspiegeln, wurden zunächst die vorhandenen Daten aus dem australischen System herangezogen. Diese Daten werden derzeit im Rahmen von Pilotprojekten an das deutsche Versorgungssystem angepasst. Aus der Multiplikation des relativen Kostengewichtes mit dem Basisfallwert ergibt sich dann die jeweilige Fallpauschale.¹⁷²

¹⁶⁷ Vgl. Neubauer (1999) S. 91

¹⁶⁸ Vgl. Böcken, u.a. (2000) S. 171

¹⁶⁹ Die Krankenhäuser waren demnach an hohen Kosten „interessiert“, weil hohe Kosten auch für das kommende Jahr hohe Pflegesätze garantierten.

¹⁷⁰ Vgl. Gerdemann, W. (1996) S. 16

¹⁷¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2001) S. 6

¹⁷² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2001) S.2

Allerdings werden bereits heute in Deutschland etwas 20% der erbrachten Leistungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet¹⁷³. Bei kompletter Einführung eines solchen pauschalierten Entgeltsystems wird es sicherlich zu einem weiteren Konzentrations- und Spezialisierungsprozess in der Krankenhauslandschaft kommen. Krankenhäuser, die dann zu diesen Festpreisen nicht mehr anbieten können, werden vom Markt verschwinden. Andere werden sich spezialisieren und nur noch bestimmte Leistungsbereiche anbieten. Der Druck auf die Krankenhäuser zu einer strategischen Neupositionierung wird auf jeden Fall stark zunehmen.¹⁷⁴

Eine weitere, für Krankenhäuser strategisch wichtige Frage, ist die mögliche Durchführung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus. Derzeit gilt diese Regelung nur im Rahmen von ambulanten Operationen sowie vor- und nachstationären Behandlungen.¹⁷⁵ Hier bieten sich für einige Krankenhäuser neue strategische Handlungsfelder an, um in einem stärker wettbewerbsgeprägten Umfeld bestehen zu können. Da die Auslastung der Kapazitäten für die Krankenhäuser eine wichtige Rolle spielt, würde die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung neben zusätzlichen Einnahmequellen auch eine verbesserte Fixkostensituation mit sich bringen.

3.2.2.3. Der pharmazeutische Bereich

Arzneimittel werden von pharmazeutischen Unternehmen produziert, die die Preise hierfür grundsätzlich frei festlegen können. Im Rahmen der sogenannten Preisspannenverordnung werden durch die Preisfestsetzung des pharmazeutischen Herstellers gleichzeitig auch die Margen der nachgelagerten Institutionen Großhandel und Apotheke sowie auch die Erstattungspreise der Krankenkassen

¹⁷³ Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für bestimmte Diagnosen zum 01.01.1993 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes.

¹⁷⁴ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 57

¹⁷⁵ Die Möglichkeit des ambulanten Operierens und der vor- und nachstationären Behandlung wurde 1993 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführt

bestimmt.¹⁷⁶ Die jeweiligen prozentualen Anteile für Großhandel und Apotheken variieren derzeit je nach Preis des Arzneimittels.¹⁷⁷ Bei der Abgabe von teuren Präparaten erhalten Apotheken und Großhändler einen eher niedrigen Prozentsatz und bei preisgünstigeren Mitteln einen eher hohen Prozentsatz. In absoluten Beträgen gerechnet verdienen sie allerdings an teuren Arzneimitteln immer noch deutlich mehr als an preisgünstigen Mitteln.

Der Apothekenabgabepreis für ein Medikament ist in Deutschland für alle Apotheken identisch und errechnet sich auf der Basis des Herstellerabgabepreises zuzüglich Großhandelszuschlag, Apothekenzuschlag und Mehrwertsteuer. Verschreibungspflichtige Mittel werden also zu festen Preisen in Apotheken abgegeben, was einen Preiswettbewerb zwischen Apotheken ausschließt.

Die Apotheken selbst sind in der Regel kleine Organisationen, auch bedingt durch die gesetzliche Regel, dass jede Apotheke von einem diplomierten Pharmazeuten geleitet werden muss. Apothekenketten (z.B. analog Drogeriemärkten) sind aus diesem Grund bisher noch nicht entstanden. Im Gegensatz zu anderen Ländern wird in Deutschland auch nur ein ganz geringer Teil der Medikamente direkt beim Arzt ausgegeben.¹⁷⁸

Diskussionen werden aktuell über die Zulassung des Versandhandels in Deutschland geführt. Dieser ist derzeit noch gesetzlich verboten, da Arzneimittel grundsätzlich nicht versandt werden dürfen, sondern durch Apotheken ausgegeben werden müssen.¹⁷⁹ Die Krankenkassen gründeten hierzu im November 2001 die „Initiative für den Arzneimittelversand“ und einige BKKn rechnen bereits jetzt (allerdings ohne Rechtsgrundlage) mit dem aktuell größten Internet-Arzneimittelversandhandel DocMorris ab. Durch das Umgehen des Großhandels und der Apotheken wird dabei von Einsparungen zwischen 10 - 15% pro Arzneimittel ausgegangen. Zu beachten ist allerdings, dass DocMorris sich in seinem Sortiment fast ausschließlich auf teure Arzneimittel beschränkt. Hier erfolgt

¹⁷⁶ Erst bei Ablauf der Patentzeit und der Zulassung von Generikas wird der Erstattungsbetrag der Krankenkassen in der Regel auf einen Festbetrag gesenkt, der sich am Preisniveau der vorhandenen Generika ausrichtet.

¹⁷⁷ Der Großhandelszuschlag liegt laut Arzneimittelpreisverordnung zwischen 3 - 21% und der Apothekenzuschlag bei 8 - 68%, jeweils abhängig vom Preis des Arzneimittels.

¹⁷⁸ Beispielsweise ist in der Schweiz die Selbstdispensation in einigen Kantonen erlaubt. Oftmals haben sich dort die selbstdispensierenden Ärzte zu Einkaufsgenossenschaften zusammengeslossen.

¹⁷⁹ Vgl. § 43 AMG

in gewissem Maße also eine Art Rosinenpickerei, da überwiegend ausgewählte Produkte (teure Medikamente) geliefert werden. Der Großhandel ist hingegen in der Lage innerhalb von 24 Stunden jede Apotheke in Deutschland mit jedem Medikament zu beliefern. Müsste auch DocMorris ein entsprechend umfassendes Sortiment vorhalten, könnten die oben genannten Einsparungen wahrscheinlich nicht mehr realisiert werden. Trotzdem: Der Versandhandel wird auch in Deutschland nicht mehr aufzuhalten sein und die Politik würde gut daran tun diesen Handel im Sinne des Verbraucherschutzes zu kontrollieren anstatt ihn zu verbieten was lediglich den illegalen Handel fördert.

Insgesamt versucht der Gesetzgeber seit vielen Jahren den Arzneimittelmarkt stärker zu regulieren, um Einsparungen zu erwirtschaften bzw. die Kostensteigerungen im Arzneimittelsektor zu dämmen. So führte er 1989 ein Festbetragssystem ein, wobei ähnliche Präparate zu Präparatsgruppen zusammengefasst und mit einem Festbetrag bewertet wurden.¹⁸⁰ Die Krankenkassen erstatten für ein Medikament einer Präparatsgruppe maximal diesen Festbetrag. Werden teurere Medikamente verordnet hat der Versicherte die Differenzkosten zu bezahlen. In der Realität zieht die Vereinbarung von Festbeträgen allerdings fast immer auch eine Preissenkung der pharmazeutischen Hersteller auf diesen Festbetrag nach sich, da die Produkte ansonsten am Markt keine Chance mehr hätten. Da die letzte Anpassung der Festbeträge mittlerweile bereits drei Jahre zurückliegt, ist der Anteil der Festbetragsarzneimittel in den vergangenen Jahren leicht zurückgegangen.¹⁸¹ Die im Jahr 2001 erlassene Rechtsverordnung sieht deshalb vor, dass die Festbeträge aktuell um bis 27,5% nach unten angepasst werden dürfen. Allerdings muss mindestens ein Drittel aller Verordnungen sowie mindestens ein Viertel aller Packungen einer Festbetragsgruppe zum vereinbarten Festbetrag verfügbar sein. Generell richtet sich die Höhe des Festbetrages nach den Preisen und verordneten Mengen der zu Gruppen zusammengefassten

¹⁸⁰ Es gibt dabei drei Festbetragsgruppen: In Gruppe 1 sind die Arzneimittel mit demselben Wirkstoff, in Gruppe 2 die Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer und in Gruppe 3 die Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung zusammengefasst.

¹⁸¹ Der Grund hierfür war, dass es einen immer noch andauernden Rechtsstreit darüber gibt, ob die Krankenkassen, so wie es im SGB V geregelt ist, in Eigenverantwortung die Festbeträge anpassen dürfen. Bis zur Klärung dieses Verfahrens wurde die entsprechende Regelung im SGB außer Kraft gesetzt und in der Übergangsphase nimmt die Bundesregierung die Anpassung der Festbeträge vor.

Arzneimittel und sollte sich laut Gesetz am oberen Ende des unteren Preisdrittels orientieren.¹⁸²

Dieses untere Preisdrittel ist für eine weitere gesetzliche Regulierung enorm wichtig: die aut-idem-Regelung. Demnach sind die Ärzte angehalten nur noch den jeweiligen Wirkstoff zu verordnen und der Apotheker ist dann dazu verpflichtet eines der diesen Wirkstoff enthaltenden Medikamente aus dem unteren Preisdrittel herauszugeben. Voraussetzung hierbei ist, dass sich mindestens fünf Mittel im unteren Preisdrittel befinden, ansonsten hat der Apotheker eines der preisgünstigsten abzugeben. Nur wenn der Arzt ausdrücklich die Substitution durch den Apotheker verbietet und ein konkretes Mittel verordnet, muss der Apotheker das aufgeschriebene Mittel herausgeben.¹⁸³

Zu beachten ist allerdings die durch die aut-idem-Regelung in Gang gesetzte Preisspirale: Die Festbeträge richten sich nach dem oberen Ende des unteren Preisdrittels der zusammengefassten Arzneimittel. Die Regelung führt dazu, dass die pharmazeutischen Unternehmer die Preise auf diese Höhe absenken, da sie ansonsten keine Chancen auf Umsatz haben. Durch die aut-idem-Regelung werden auf Basis der bereits durch die Festbeträge gesenkten Preise allerdings nur noch die Medikamente herausgegeben, die auch jetzt wieder im unteren Preisdrittel liegen. Die Preise werden also entsprechend nochmals sinken. Es erfolgt also eine Preisspirale nach unten, was den Generikamarkt insgesamt für viele Unternehmen zunehmend uninteressanter macht und somit zu einer Konzentration auf (Schritt-)Innovationen führt. Problematisch ist ebenfalls, dass der Apotheker nicht über Vorerkrankungen und Unverträglichkeiten des Versicherten informiert ist. Vor allem die Haftungsfrage ist in diesem Zusammenhang noch völlig unklar und auch die Compliance der Patienten wird durch die häufig wechselnden Präparate nicht gerade gestärkt werden.

Geplant ist weiterhin die Einführung einer Positivliste. Hierzu wurde eigens das Institut für Arzneimittelversorgung in der GKV gegründet, das entsprechende Vorschläge ausarbeiten soll. Zwar sind von der Positivliste keine großen

¹⁸² Die Regelungen finden sich im Festbetrags-Anpassungsgesetz wieder, dass am 03.08.2001 in Kraft trat.

¹⁸³ So die ursprünglich Fassung des Entwurfs zum Arzneimittel-Ausgabenbegrenzungsgesetz. Die aut-idem-Regelung wurde dann aus dem Gesetz herausgenommen und ins Jahr 2002 verschoben.

Einspareffekte zu erwarten, allerdings handelt es sich trotzdem um ein sinnvolles Instrument, da sie entscheidend zur Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung beitragen kann. Von den derzeit im Handel befindlichen Arzneimitteln sind nämlich etwa die Hälfte nicht auf ihre therapeutische Wirkung geprüft worden, da sie vor Einführung des Arzneimittelgesetzes 1978 auf den Markt kamen. Für diese Medikamente muss zwar grundsätzlich eine Nachzulassung beantragt werden, aufgrund des „Zulassungstaus“ beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde die Frist, bis wann diese Mittel vom Markt zu nehmen sind falls keine Nachzulassung beantragt oder diese nicht bewilligt wird, aber immer wieder nach hinten verschoben (derzeit Ende 2004).¹⁸⁴ Die Positivliste, die sich hauptsächlich auf evidenzbasierte Arzneimittel mit gut dokumentierten Studien beschränken wird, könnte hier für eine schnelle Auslese sorgen. Da die neueren Arzneimittel in der Regel auch teurer sind als die älteren, kann es dabei auch zu weiteren Kostensteigerungen kommen. Allerdings geht damit auch eine deutlich verbesserte Qualitätssicherung einher.

Ebenfalls neu geregelt wurde zum 01.04.2002 die Verpflichtung der Apotheker zur Abgabe einer bestimmten Menge von importierten Arzneimitteln (Importregelung 2002). Eine solche Importquote beschreibt den prozentualen Umsatzanteil importierter Fertigarzneimittel am Fertigarzneimittelumsatz einer Apotheke je Krankenkasse. Diese Quote liegt ab dem 01.04.2002 bei 5,5% und wird ab dem 01.01.2003 auf 7% erhöht. Ein Reimportfertigarzneimittel erfüllt dabei die Quotenbedingung, wenn es u.a. mindestens 1 Cent günstiger ist als das jeweilige Original. Da die Importarzneimittel allerdings nicht bei der bereits beschriebenen aut-idem-Regelung berücksichtigt werden, kann es durchaus passieren, dass der Apotheker aufgrund der Quotenregelung gezwungen ist ein Reimportarzneimittel herauszugeben, das aber nicht unbedingt auch eines der günstigsten Arzneimittel der Wirkstoffgruppe sein muss. Da außerdem der Markt der Reimporte mit knapp 64% Marktanteil deutlich von einem Unternehmen dominiert wird (Kohlpharma), bedeutet die gesetzlich festgelegte Importquote zugleich einen sicheren Absatzmarkt für dieses Unternehmen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass im April 2002 nicht mehr ein forschendes Unternehmen, sondern mit Kohlpharma ein

¹⁸⁴ Wähling, Schulenburg (1999) S. 17

Importunternehmen zum umsatzstärksten Pharmaunternehmen in Deutschland avanciert ist.¹⁸⁵

Im Bereich der Arzneimittellogistik zeichnet sich derweil ein immer größer werdender grauer Markt ab. Zurzeit werden über 90% der Präparate über den Großhandel an die Apotheken geliefert. Der Apotheker bestellt diese Ware beim jeweiligen Großhändler, der wiederum seine Ware über den pharmazeutischen Hersteller bezieht. Neben dieser Regelung liefern vor allem Generikafirmen ihre Waren zum Teil direkt an die Apotheken (z.B. Winterbevorratung von Grippemitteln). Klar ist, dass in beiden Fällen mittlerweile mit enormen Rabatten versucht wird, die Apotheker „zu überzeugen“.

Zusätzlich nimmt in den vergangenen Jahren aber auch das sogenannte Überweisungsgeschäft immer mehr zu und hierbei entsteht der graue Markt: Danach bestellt der Apotheker große Mengen eines Medikamentes (oder mehrerer Medikamente) direkt beim pharmazeutischen Hersteller und vereinbart zugleich auch die zu zahlenden Preise. In der Regel erzielt er dabei günstigere Tarife als der Großhandel. Die Begründung der Hersteller, warum sie höhere Rabatte gewähren, ist dabei im Erzeugen von Lagerdruck bei der Apotheke zu suchen, verbunden mit der Hoffnung, dass über diesen Druck zukünftig die eigenen Arzneimittel vermehrt herausgegeben werden.¹⁸⁶

Zur Belieferung des Apothekers beauftragt der Hersteller auch bei diesem Verfahren einen Großhändler. Der angesprochene graue Markt entsteht, sobald Großhandel und Apotheker ein für beide Seiten lukratives Abkommen schließen: Einen Teil der Ware behält der Großhandel im Lager ein (er zahlt dafür den zwischen Hersteller und Apotheker vereinbarten Preis, der bessere Konditionen beinhaltet als der Großhändler normalerweise beim Hersteller bekommen würde), um diesen Teil später mit höherer Gewinnmarge nochmals umzusetzen. Der Apotheker erhält den Teil der Ware den er wirklich benötigt und dies ebenfalls zu den vereinbarten günstigeren Preisen.

¹⁸⁵ Mit einem Monatsumsatz von 80 Mio. € und einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von 110%; Vgl. DPM (2002) April 2002

¹⁸⁶ Zwar ist dieses eigentlich rechtlich nicht möglich, da Apotheker derzeit (ohne die aut-idem-Regelung) immer das Arzneimittel herausgeben müssen, das der Arzt verordnet: allerdings wird bereits jetzt oftmals eine Substitution durch den Apotheker vorgenommen.

Die bisher gezeigten Regulierungsinstrumente im Arzneimittelbereich haben alle den großen Nachteil, dass sie den Bereich der patentgeschützten Medikamente außen vorlassen, obwohl überwiegende Teile der Kostensteigerungen der vergangenen Jahre auf das Konto eben dieser innovativen Arzneimittel gehen.¹⁸⁷ Dabei muss grundsätzlich zwischen tatsächlichen Innovationen und sogenannten Schrittinnovationen unterschieden werden.¹⁸⁸ Bei den tatsächlichen Innovationen handelt es sich um neue Wirkstoffe, deren Einsatz einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt in der Behandlung der jeweiligen Indikation mit sich bringt. In diesem Fall besteht für den pharmazeutischen Hersteller nach Markteinführung ein etwa acht- bis zehnjähriger Patentschutz.¹⁸⁹ Die Arzneimittel sind für diese Zeit vor der Generikakonkurrenz geschützt und unterliegen auch keinen Festbeträgen. Ziel dieses zeitlich begrenzten Konkurrenzschutzes ist es, die enormen Kosten im Bereich Forschung und Entwicklung, die für die Neueinführung eines neuen Wirkstoffes anfallen, finanziell zu entschädigen. Solange es sich um tatsächliche Innovationen handelt, ist diese Verfahrensweise auch unumstritten.

Bei Schrittinnovationen handelt es sich um Präparate, die einen ähnlichen Wirkstoff wie ein bereits vorhandenes Original enthalten, allerdings mit leichten Molekülveränderungen. Diese wirken sich z.B. durch eine veränderte Kinetik des Arzneimittels oder durch geringere Nebenwirkungen aus. Hier ist die zweite und dritte Molekülveränderung gerade im Hinblick auf verringerte Nebenwirkungen auch tatsächlich noch als Innovation zu bewerten und ein entsprechender Wettbewerbsschutz ist akzeptabel. Kritisch wird es allerdings bei der zehnten und elften Weiterentwicklung des Wirkstoffes. Irgendwann wird dann zurecht von Me-too-Produkten gesprochen. Die Zulassungsprüfung beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgt allerdings z.Z. lediglich aufgrund der Parameter Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit. Ökonomische- oder Nutzenfaktoren spielen keine Rolle und somit erhält derzeit auch die zuvor angesprochene zehnte und elfte Weiterentwicklung eines Wirkstoffes einen Wettbewerbsschutz. Solange hierzu keine verbesserten Regelungen gefunden

¹⁸⁷ Die Verschiebung der Verordnungen hin zu innovativen Arzneimitteln mit Patentschutz wird auch als Strukturkomponente bezeichnet.

¹⁸⁸ Die Kostenträger bezeichnen die Schrittinnovationen oftmals auch als Me-too-Produkte, um dadurch zu zeigen, dass es sich in Wirklichkeit nicht um Innovationen handelt.

¹⁸⁹ Insgesamt beträgt der Patentschutz 20 Jahre. Da allerdings die Entwicklungszeit von der Entdeckung einer Substanz bis zur Markteinführung etwa 10 - 12 Jahre in Anspruch nimmt bleibt ein Zeitraum von 8 - 10 Jahren nach Markteinführung.

werden, wird auch eine weitere Steigerung der Generikaquote keine wesentliche Kostentlastung bringen. Denn in den Bereichen wo ein Generikaeinsatz möglich ist, erreicht das Verordnungsvolumen bereits 70%, d.h. dort werden bereits zu großen Teilen nur noch Generika herausgegeben.¹⁹⁰

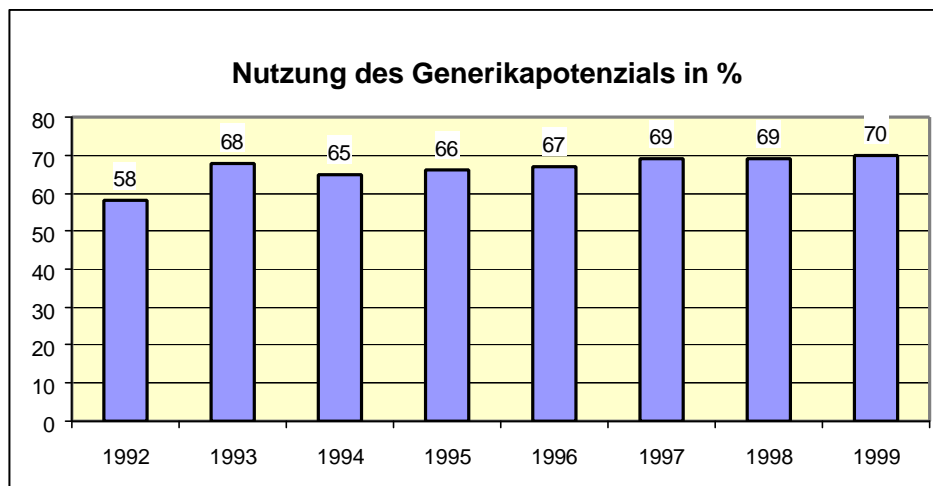


Abb. 25: Nutzung des Generikapotenzials in %, Quelle: Arzneimittelverordnungsreport der Jahrgänge 1992 - 2000

Aus diesem Grund wurde mit der Verabschiedung des Arzneimittel-Ausgabenbegrenzungsgesetzes Ende 2001 eine weitere Neuerung gesetzlich implementiert, wonach die eingeführten Innovationen zukünftig weiter „begleitet“ werden sollen, um den therapeutischen Nutzen der Mittel nach einiger Zeit ins Verhältnis zum Preis setzen zu können.¹⁹¹ Hier würde dann erstmals eine Effizienzrechnung zur Beurteilung von Arzneimitteln berücksichtigt. Kommt es bei mehreren innovativen Arzneimitteln mit ähnlichen Wirkstoffen zu unterschiedlichen Effizienzbewertungen könnte die Folge daraus sein, dass Krankenkassen die Kosten der schlechter bewerteten Medikamente nur noch zu einem Teil oder zeitlich befristet erstatten werden. Allerdings werden die Kriterien für die Effizienzbewertung sicherlich sehr kontrovers diskutiert werden. Diese sogenannte „vierte Hürde“ betrifft aber nur die Kostenerstattung der Krankenkassen und ist unabhängig von der generellen Zulassung des Medikamentes zu sehen.

¹⁹⁰ Vgl. Zuelling (1998) S. 9

¹⁹¹ Hierbei wird bei der Zulassung von Arzneimitteln auch von der vierten Hürde gesprochen. Derzeit wird die Qualität, die Medikamentensicherheit und die Wirksamkeit geprüft. Die vierte Hürde wäre dann der Nutzenzuwachs des Arzneimittels. Der „Runde Tisch“ (eine von Gesundheitsministerin Schmitt ins Leben gerufene Institution, die sich in regelmäßigen Abständen trifft und

3.2.3. Die Verhandlungsstärke der Versicherten

Die Verhandlungsstärke der Versicherten in der Branche äußert sich im Wesentlichen durch die vorhandenen Wahlrechte gegenüber den Krankenkassen und deren Tarifen sowie in der freien Wahl der Leistungserbringer.

Das Krankenkassen- und Tarifwahlrecht der Versicherten

Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 wurde das Krankenkassenwahlrecht für alle Versicherten gesetzlich neu geregelt und seit dem 01.01.1996 können alle Mitglieder ihre Krankenkasse frei wählen.¹⁹² Bis dahin bestand für einen Großteil (z.B. für gewerblich tätige Arbeitnehmer) kein Wahlrecht, denn sie waren Pflichtmitglieder der jeweils ortsansässigen AOK. Auch gab es innerhalb der Arbeitnehmerschaft klare berufsständische Abgrenzungen. So war es z.B. der Techniker Krankenkasse bis 1996 nur erlaubt Arbeitnehmer in technischen Berufen als Mitglieder aufzunehmen. Ergänzt wird das Krankenkassenwahlrecht der Versicherten durch den Kontrahierungszwang der Krankenkassen. Demnach dürfen sie keine Versicherungsanträge ablehnen, wenn die Antragsteller die formalen Voraussetzungen erfüllen.

Allerdings gibt es hierbei eine Ausnahme, die auf den Wettbewerb der vergangenen Jahre auch starken Einfluss hatte: Betriebskrankenkassen können nach wie vor per Satzungsregelung entscheiden, ob sie sich für alle Versicherten öffnen wollen oder weiterhin nur für die Arbeitnehmer des eigentlichen Gründungsbetriebes der Betriebskrankenkasse zuständig sein wollen.¹⁹³ Betriebskrankenkassen mit guter Risikostruktur und weit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen entschieden sich in der Vergangenheit oftmals für die Öffnung, was ihnen in der Regel ein starkes Mitgliederwachstum brachte. Generell sind zwar anschließende Marktschließungen für einmal geöffnete Betriebskrankenkassen durch den Gesetzgeber nicht gestattet, allerdings kann diese Regelung durch die Fusion mit einer geschlossenen Betriebskrankenkasse immer noch umgangen werden. Da das Leistungsangebot der Betriebskrankenkassen keine Unterschiede zu anderen Krankenkassen aufweist, kann ein effizientes Management oder gar ein

Reformoptionen diskutiert) empfahl auf der Sitzung vom 28.01.2002 den Aufbau eines Systems, das diesen Zusatznutzen sektorübergreifend bewertet.

¹⁹² Vgl. § 173 SGB V

¹⁹³ Vgl. §§ 147 ff. SGB V

Leistungsmanagement nicht zu den Preisvorteilen geführt haben. Insgesamt wechselten alleine im Jahr 2000 etwa 1,2 Mio. Versicherte ihre Krankenkasse und dies hauptsächlich wegen erhoffter Preisvorteile.¹⁹⁴ Vor allem fehlende Differenzierungsangebote in der Leistungspalette machten das Krankenkassenwahlrecht der vergangenen Jahre deshalb schnell zu einer Entscheidung nach Preisliste.¹⁹⁵ Untersuchungen zu den Wechslerprofilen zeigten auch, dass fast ausschließlich junge, gutverdienende und vor allem gesunde Menschen ihre Krankenversicherung wechselten.¹⁹⁶

Zwar können mittlerweile alle Versicherten frei zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wählen, allerdings differierten bis zum 31.12.2001 die Wechselmodalitäten zwischen Pflichtmitgliedern und freiwilligen GKV-Mitgliedern. So konnten bis dahin freiwillig Versicherte jederzeit mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten ihre Krankenkasse wechseln. Für Pflichtversicherte galt bisher ein einziger Wechseltermin pro Jahr, nämlich der 31. Dezember. Zusätzlich konnten die Versicherten bei Arbeitgeberwechsel oder Beitragssatzerhöhungen der eigenen Krankenkasse ihre Mitgliedschaft vorzeitig kündigen (Sonderkündigungsrecht). Verbunden war der Krankenkassenwechsel mit einer generellen Bindungsfrist von 12 Monaten an die gewählte Kasse.¹⁹⁷ Um die Wechselmöglichkeiten zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten endgültig zu vereinheitlichen, können seit dem 01.01.2002 alle Versicherten ihre Krankenkasse über das ganze Jahr hinweg mit zweimonatiger Kündigungsfrist wechseln. Weiterhin Bestand hat das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen der eigenen Krankenkasse. Gleichzeitig wurde die Bindungsfrist an die Wechselentscheidung auf 18 Monate verlängert.

¹⁹⁴ Vgl. o.V. (2001a) Handelsblatt vom 24.08.2001

¹⁹⁵ Auch wenn Befragungen immer wieder konstatieren, dass die Qualität der Behandlung der wichtigste Parameter für die Wahl einer Krankenkasse sei, so zeigen die bisherigen Wechsler, dass in Wirklichkeit der Preis die entscheidende Rolle gespielt hat. Zwar ist vielen Versicherten der absolut zu zahlende monatliche Beitrag an die Krankenkasse nicht einmal annähernd bekannt, allerdings finden Beitragssatzerhöhungen in der Presse mittlerweile eine entsprechend große Aufmerksamkeit und die Versicherten sind schon darüber informiert, dass zurzeit einige Betriebskrankenkassen über die günstigsten Beitragssätze verfügen.

¹⁹⁶ Lauterbach/Wille errechneten in ihrem Modell der „Wechslerkomponente“, dass Kassenwechsler den jeweiligen Versicherern einen Deckungsbeitrag von durchschnittlich 300 € jährlich erbringen. Unter Deckungsbeitrag wird dabei die Differenz zwischen eingezahltem Beitrag und benötigten Leistungen unter Berücksichtigung der Be- oder Entlastung für das Mitglied durch den RSA bezeichnet; Vgl. Lauterbach, Wille (2000) S. 3

¹⁹⁷ Vgl. § 175 Abs. 4 SGB V

Für die Versicherten der GKV besteht grundsätzlich keine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versicherungstarifen wie dies z.B. in der privaten Assekuranz - zumindest hinsichtlich unterschiedlicher Absicherungsgrade - möglich ist. Die GKV, als umfassende Vollversicherung konzipiert, kennt demnach keine Möglichkeiten bezüglich einer Zu- bzw. Abwahl bestimmter Leistungen, differenzierter Selbstbeteiligungen oder Tarife mit eingeschränktem Zugang zu Leistungserbringern.

Die Entwicklungen der vergangenen Jahren in anderen ehemals staatlich regulierten Bereichen (z.B. Telekommunikation und Energie), wo durch das Zulassen von Konkurrenz auch differenzierte Tarifwahlmöglichkeiten für die Kunden entstanden sind, hat die GKV also noch nicht erreicht. Dabei bedeutet Deregulierung und eine damit einhergehende Tarifvielfalt immer auch eine Möglichkeit zur stärkeren Zielgruppensegmentierung der Anbieter und somit auch eine stärkere Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse der Kunden. Dieser erkennbaren Tendenz anderer Dienstleistungsbranchen widerspricht der einheitliche Tarif und die gesetzlich vorgeschriebene einheitliche und gemeinsame Vorgehensweise der Krankenkassen. Es ist offensichtlich, dass unterschiedliche Personengruppen auch unterschiedliche Ansprüche an eine Krankenversicherung stellen und bereit sind hierfür auch unterschiedlich hohe Beiträge zu zahlen. Die derzeitige Möglichkeit der Kunden, zwischen Anbietern zu wählen, die aber alle das gleiche Produkt anbieten, ist aus Konsumentensicht eher unbefriedigend.

Das Leistungserbringerwahlrecht der Versicherten

Innerhalb der GKV haben Versicherte grundsätzlich das Recht der freien Arztwahl.¹⁹⁸ Sie erhalten von ihren Krankenkassen eine Versichertenkarte und können mit dieser Karte einen Arzt ihrer Wahl konsultieren. Bis zur Einführung der Chipkarte hatten die Versicherten Krankenscheine mit denen sie zunächst den Hausarzt aufsuchten, der sie dann bei Bedarf an einen Facharzt verwies. Obwohl auch zu diesem Zeitpunkt viele Versicherte bei Erkrankung direkt einen Facharzt konsultierten, wurde diese Tendenz durch die Chipkarte nochmals verstärkt. Demzufolge kam es seit Einführung der Chipkarte zu insgesamt rund 28% mehr Erstkonsultationen, wobei die Fachärzte einen Anstieg von 58,1% und die

Hausärzte einen Anstieg von lediglich 6,2% verzeichneten (1. Halbjahr 1995).¹⁹⁹ Bei der Beurteilung der Verhandlungsstärke gegenüber den Leistungserbringern kann der Versicherte trotz seines freien Wahlrechtes aber nur bedingt in der Rolle des Kunden gesehen werden, der eigenverantwortliche Entscheidungen trifft. Viele Prozesse sind für ihn intransparent, Qualitätsabwägungen schwer zu treffen und Outcomeergebnisse nicht bekannt. Letztendlich entscheidet somit in der Regel der Arzt über die Art und Menge des Leistungskonsums und untermauert damit die derzeit passive Rolle des Patienten im Behandlungsprozess. Diese Entwicklung verstärkt sich, je weiter sich der Versicherte auf dem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit in Richtung Krankheit bewegt.²⁰⁰ Tendenziell wird er dabei ein Interesse haben möglichst viele Leistungen nachzufragen (besser als zuwenig) und dieses in der zweifelhaften Annahme, dass durch einen höheren Konsum an Leistungen die Gesundheit wesentlich verbessert werden kann.

3.2.4. Bedrohung durch private Krankenversicherer

Während in vielen Ländern die Rolle der privaten Krankenversicherungen weitestgehend auf den Bereich der Zusatzversicherungen beschränkt ist, werden in Deutschland sowohl Voll- als auch Zusatzversicherungsprodukte von privaten Krankenversicherern angeboten. Die Möglichkeit der Vollversicherung besteht dabei vor allem für Beamte, Selbstständige und Arbeitnehmer mit Einnahmen oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze. Für gesetzlich versicherte Personen besteht ausschließlich die Möglichkeit Zusatzversicherungen bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen.

In Deutschland tragen die privaten Krankenversicherer etwa 9% der Gesundheitsausgaben und erreichen inklusive der Zusatzversicherungen 23% der Bevölkerung. Etwa 11% der Bevölkerung haben derzeit eine Vollversicherung bei einem privaten Krankenversicherer abgeschlossen. Für die PKV-Branche ist die

¹⁹⁸ Vgl. § 76 SGB V

¹⁹⁹ Vgl. Leopold (1999) S. 297

Vollversicherung mit 63% des Gesamtumsatzes allerdings Hauptumsatzträger und das jährliche Wachstum der Beitragseinnahmen in diesem Bereich erreichte in den vergangenen Jahren immer noch stattliche Margen.²⁰¹

Die Finanzierung der privaten Versicherung beruht im Gegensatz zur GKV auf dem Äquivalenzverfahren. Dabei werden die Beiträge nach dem wahrscheinlichen Bedarf kalkuliert. Diese Bedürftigkeit in der PKV errechnet sich im Wesentlichen aus den Faktoren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten. Es besteht für die privaten Versicherungsunternehmen kein Kontrahierungszwang und bei älteren oder kranken Menschen kann es deshalb auch zu einer Ablehnung der Mitgliedschaft wegen zu hohen Risikos kommen. Des Weiteren sind Risikozuschläge bei Vorerkrankungen zum Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung an der Tagesordnung. Der Risikoausgleich erfolgt in der PKV innerhalb der einzelnen Cluster (Alter, Geschlecht, Beruf). Aus diesem Grund zahlen Versicherte in jungen Jahren eine über, später eine unter dem individuellen Risikoanteil liegende Prämie. Für den Versicherten wird dadurch eine entsprechende Altersrückstellung gebildet. Allerdings hat sich die Kalkulation der zukünftigen Leistungsausgaben eines Clusters in der Vergangenheit als problematisch erwiesen, da diese oftmals falsch eingeschätzt wurden und somit die Prämien der älteren Cluster teilweise stark angehoben werden mussten. Auch stiegen die Kosten in der PKV insgesamt sehr viel stärker an als in der GKV.²⁰² Begründet werden kann dieses mit den direkten Vertragsverhältnissen, die Versicherte mit Leistungserbringern eingehen müssen und letztere dadurch sehr viel höhere Preise in Rechnung stellen, als sie dies für GKV-Versicherte tun können. Weiterhin besteht auch die Tendenz bei den Ärzten für PKV-Versicherte mehr Leistungen zu erbringen, drücken doch bei diesen Patienten keine Budgets und Richtgrößen.²⁰³ Dies führt natürlich auch dazu, dass PKV-Versicherten eine höhere Servicequalität in der Arztpraxis entgegengebracht wird, mit dem Ziel der Kundenbindung und der Möglichkeit auch weiterhin geringere Einnahmen

²⁰⁰ Vgl. SVRKAiG (2000/2001a) S. 40

²⁰¹ Vgl. SVRKAiG (2000/2001a) S. 175

²⁰² Im Zeitraum von 1988 -1997 stiegen die Kosten in der GKV um insgesamt 40%, in der PKV im gleichen Zeitraum um 67% an; Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 176

²⁰³ Die Verlagerung von Kosten auf die PKV-Versicherten wird auch als Roll-Over-Effekt bezeichnet; Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 176

aufgrund von fallenden Punktwerten in der GKV durch vermehrte und besser bezahlte Leistungen im PKV-Bereich zu substituieren.

Die deutlichen Kostensteigerungen im Bereich der PKV-Vollversicherung und die damit verbundenen Prämien erhöhungen der letzten Jahre relativieren dann auch wieder das zuvor genannte "stattliche Wachstum" der Branche erheblich. Tatsächlich resultiert das durchschnittliche Marktwachstum für die Vollversicherung von 5,4% pro Jahr zu 82% aus Beitragsanpassungen und nur zu 18% aus tatsächlichem Wachstum. Dies entspricht einem bereinigten Marktwachstum von nur etwa 1% pro Jahr.²⁰⁴

Insgesamt verfügen die Top 10 Unternehmen der Branche über etwa 70% Marktanteil, wobei aber immer noch eine Vielzahl kleiner Unternehmen am Markt auftritt.

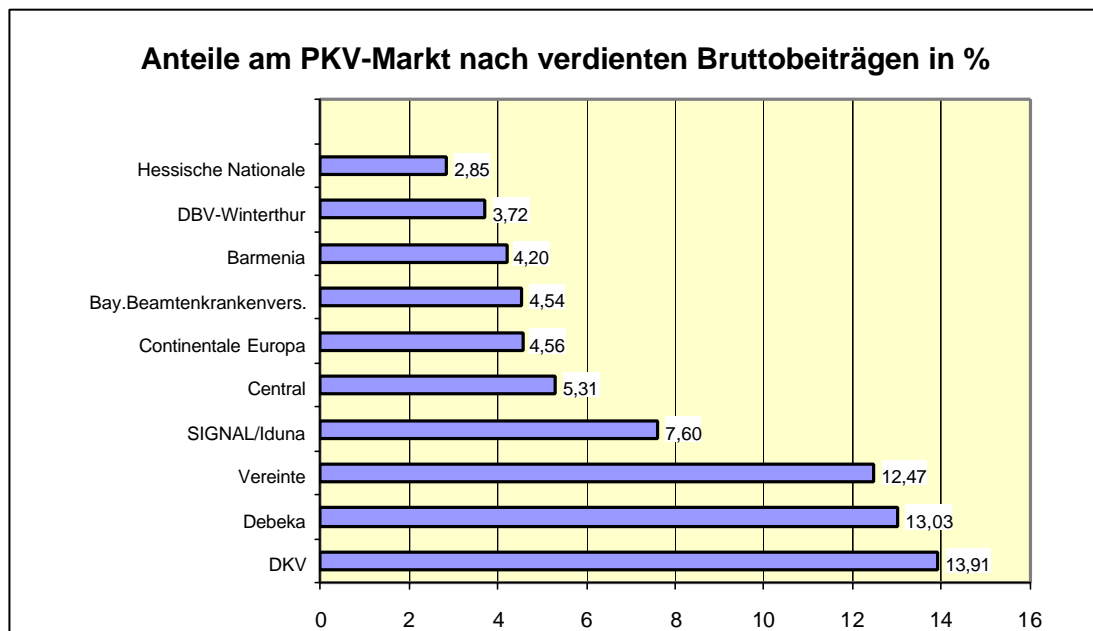


Abb. 26: Anteile am PKV-Markt nach verdienten Bruttobeiträgen in %, Quelle: Map Report 2001, www.map-report.com/pkv-mark.htm

Ein echter Wettbewerb zwischen den Versicherern herrscht aber im PKV-Markt nicht. Der Grund hierfür ist, dass bei einem Wechsel der Versicherungsgesellschaft die bis dahin angesparten Altersrückstellungen nicht mit übernommen werden können. Dadurch müssen beim neuen Versicherer die Altersrückstellun-

²⁰⁴ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 176

gen wieder neu aufgebaut werden und der neue Einstiegstarif wird - aufgrund des jetzt höheren Eintrittsalters - für den Versicherten entsprechend höher ausfallen. Der Wettbewerb konzentriert sich deshalb hauptsächlich auf Neueintritte in die PKV und hier vor allem auf Wechsler aus der GKV.²⁰⁵ Für die gesetzlichen Krankenkassen stellt der PKV-Bereich daher auch einen erheblichen Wettbewerbsfaktor dar.

Im Vertragsbereich besteht für die privaten Versicherungsunternehmen genau wie für die gesetzlichen Krankenkassen keine Möglichkeit mit einzelnen Ärzten Verträge abzuschließen. Eine Differenzierung über ein Vertragsmanagement kann also auch in der PKV nicht erfolgen, da keine Ärzte explizit von der Versorgung ausgeschlossen werden können. Allerdings besteht sehr wohl die Möglichkeit Tarife mit unterschiedlichem Leistungsumfang (Zu- und Abwahl von Leistungen) sowie Schadenfreiheitsrabatten und Kostenbeteiligungen zu vereinbaren. Zusammenfassend gilt, dass in der GKV die Möglichkeit zur PKV zu wechseln auf bestimmte Personengruppen beschränkt ist. Diese sind für die GKV aber von besonderer Bedeutung, da es sich in der Regel um Nettozahler handelt, d.h. um Leistungsträger des Systems. Es bestehen für die gesetzlichen Krankenkassen aber nur wenig Möglichkeiten Einfluss auf die eigenen Produkte auszuüben und sich somit gegenüber dem Ersatzprodukt PKV zu differenzieren. Da weiterhin viele potenzielle Wechsler das Preis-/Leistungsverhältnis des Ersatzproduktes „PKV“ als eher gut auffassen, besteht für die gesetzlichen Krankenkassen eine starke Bedrohung durch die privaten Versicherer.

3.2.5. Bedrohung durch neue gesetzliche Krankenversicherer

Mit neuen gesetzlichen Krankenkassen ist in Zukunft eher weniger zu rechnen und so ist auch die Bedrohung der jetzigen Wettbewerber durch neue gesetzliche Krankenversicherer als gering anzusehen. Es bestehen hohe Markteintrittsbarrieren, da die Gründung von Krankenkassen an enge gesetzliche Bedingungen

²⁰⁵ Im Jahr 2000 wechselten etwa 300.000 freiwillig versicherte Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen zu privaten Krankenversicherern (VDAK).

geknüpft ist (gilt für Betriebs- und Innungskrankenkassen), bzw. für Ersatzkassen und AOKen sogar ausgeschlossen ist.²⁰⁶

Auch scheint die Öffnungswelle von bisher geschlossenen Betriebskrankenkassen vorbei zu sein. Da das Mitgliedervolumen der GKV mit knapp 90% der Bevölkerung ebenfalls in Zukunft nicht weiter wachsen wird, wären neu in den Markt eintretende Unternehmen auch ausschließlich auf die Wechsler von anderen Krankenkassen angewiesen. Die Notwendigkeit des schnellen Erreichens einer Mindestgröße zur Deckung der hohen Fixkosten stellt deshalb neben den vorhandenen gesetzlichen Beschränkungen eine weitere entscheidende Markteintrittsbarriere dar.

3.2.6 Der Staat als Sonderfaktor in der Branche

Je nach der zu untersuchenden Branche spielt der Staat als Sonderfaktor eine mehr oder weniger starke Rolle. Aufgrund der Vielzahl der gesetzlichen Regelungen, die in den vergangenen Jahren (Kap. 3.2.6.2) in das GKV-System Eingang gefunden haben, kommt dem Staat im Hinblick auf die GKV zweifelsfrei eine wichtige Rolle zu. Eine Reform folgte hier der nächsten, Gesetze wurden in relativ kurzen Abständen erlassen, wieder aufgehoben oder verändert. Dieses alles hatte wesentlichen Einfluss auf die Marktsituationen der Marktteilnehmer.

3.2.6.1 Staat und Selbstverwaltung

In einem föderalistisch geprägten System ist der Staat im Wesentlichen für regulatorische Aufgaben zuständig. Insbesondere betrifft dieses Vorgaben zum Organisations-, Leistungs- und Finanzrecht der Marktteilnehmer.²⁰⁷ Der Staat hat demnach also die Aufgabe die Rahmenbedingungen des gesetzlichen Kranken-

²⁰⁶ § 147 SGB V regelt z.B. die Gründung von Betriebskrankenkassen und § 157 SGB V die Gründung von Innungskrankenkassen.

versicherungssystems festzulegen und fordert zugleich die Leistungserbringer und Krankenkassen per Gesetz dazu auf, die Durchführung eigenverantwortlich zu regeln und zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten zusammenzuarbeiten (§ 4 + 72 Abs. 1 SBG V). Mit diesem letztgenannten Punkt hat der Staat die Umsetzung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems an die Selbstverwaltungsorgane der Leistungserbringer und Krankenkassen delegiert. Hierbei handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nicht wie Behörden in den unmittelbaren Verwaltungsbau des Bundes und der Länder eingegliedert sind, sondern über sogenannte Sozialwahlen legitimiert werden. Allerdings muss der Staat durch geeignete Mittel sicherstellen, dass die delegierten Aufgaben sachgerecht erfüllt werden. Hierzu bedient er sich der Aufsichtsbehörden, in Form des Bundesversicherungsamtes bzw. der Landesversicherungsämter.²⁰⁸

Aufgrund des gesetzlich initiierten zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Marktteilnehmer, der anhaltenden Diskussion um die Kosten des Systems und der gleichzeitigen Forderung des Gesetzgebers nach einvernehmlichen Lösungen zwischen den Marktteilnehmern, wird eine zufriedenstellende Umsetzung der übertragenen Aufgaben allerdings immer schwieriger. Kompromisse sind aufgrund gesteigener Kostentransparenz zunehmend schwieriger zu finden und bewegen sich wenn auf einem entsprechend niedrigen Niveau.

Zugleich wird durch die geschilderte Situation die politische Komponente der Selbstverwaltung immer wichtiger. Diese wird über entsprechende Verbände wahrgenommen und im Prinzip haben alle Marktteilnehmer relativ machtvolle Verbände aufgebaut.

Zu unterscheiden ist auf Leistungserbringerseite zwischen den Pflichtverbänden (Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung), den wissenschaftlichen Fachverbänden und den Berufsverbänden. Vor allem im Bereich der niedergelassenen Ärzte ist die Stellung der Verbände sehr stark. So ist jeder Arzt Pflichtmitglied in der für ihn zuständigen Landesärzte- oder Landeszahnärztekammer, die u.a. über die Einhaltung der Berufspflichten der Mitglieder wachen. Außerdem

²⁰⁷ Vgl. Schwartz (1998b) S. 180

²⁰⁸ Vgl. Leopold (1999) S. 123

besteht für die Vertragsärzte eine Pflichtmitgliedschaft in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die dann bei den Vertragsverhandlungen alle ambulanten Vertragsärzte in der Region vertritt.

Die Berufsverbände der Ärzte nehmen vor allem Fortbildungsaufgaben sowie standes-, berufs- und honorarpolitische Interessen der Ärzte wahr. Die wichtigsten Verbände sind hier der Hartmannbund, der Verband niedergelassener Ärzte Deutschlands, der Marburger Bund, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte und der Verband leitender Krankenhausärzte Deutschlands.

Generell haben die Verbände im Krankenhausbereich eine schwächere Stellung als die der niedergelassenen Leistungserbringer. Dabei sind die Landeskrankenhausgesellschaften für die Vertragsgestaltung mit den Landesverbänden bzw. Landesvertretungen der Krankenkassen verantwortlich. Auf Bundesebene ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Zusammenschluss der Landeskrankenhausgesellschaften überwiegend mit politischen Aufgaben betraut.²⁰⁹

Im Arzneimittelbereich sind die großen Pharmahersteller im Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA), der pharmazeutische Mittelstand im Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) und die Generikaunternehmen im deutschen Generikaverband organisiert. Zusätzlich gibt es mit dem Bundesverband der Arzneimittelhersteller eine große Interessensgemeinschaft, die sich hauptsächlich mit dem Thema Selbstmedikation beschäftigt.

Bei den Krankenkassen findet man zum einen bundesweite Verbände (VdAK) und zum anderen Verbände auf Landesebene (AOK, Betriebskrankenkassen sowie Innungskrankenkassen). Die bundesweit agierenden Krankenkassen verfügen darüber hinaus auf Länderebene über sogenannte Landesvertretungen. Die Aufgabe der Landesverbände bzw. Landesvertretungen liegen hauptsächlich in den Vertragsverhandlungen mit den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern.²¹⁰

²⁰⁹ Vgl. Szathmary (1999) S. 33

²¹⁰ Vgl. Szathmary (1999) S. 32 f.

3.2.6.2. Reformen und Gesetzgebungen der letzten Jahre

Aufgrund der Beitragssatzsteigerungen und der damit verbundenen Erhöhung der Lohnnebenkosten, stieg in den vergangenen Jahren die Anzahl der direkten Interventionen des Staates deutlich an und Budgetierung, Praxisbudgets, Preisfestschreibungen, Honorardeckelung und Richtgrößen wurden zu viel gebrauchten Begriffen.²¹¹ Durch die gesetzlich festgeschriebene Preissenkung für die Krankenkassen um 0,4% griff der Staat 1996 auch zum ersten Mal direkt in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen ein. Dieses zeigt zugleich auch, dass die Umsetzung der GKV auf Selbstverwaltungsebene immer stärker durch direkte Eingriffe des Staates überlagert wird.

Die Antwort des Staates auf die Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen waren also stärkere und direktere Eingriffe auf die Leistungsmengen und -preise. Alleine zwischen 1977 und 1996 erfolgten sieben Gesetze zur Kostendämpfung mit insgesamt mehr als 6.000 Einzeleingriffen in das deutsche Gesundheitswesen, deren Wirkungen aber immer schneller abebbten.²¹²

Im folgenden werden die wichtigsten Reformen ab Mitte der 80er Jahre genauer beschrieben:

- Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.81

Den Auftakt der gesetzlichen Eingriffe der 80er Jahre stellte das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz dar. Wie der Name bereits sagt, handelt es sich um eine kurzfristige Intervention, da die Ausgaben in der Vergangenheit stark gestiegen waren und eine notwendige strukturelle Reform nicht umgesetzt werden konnte. Inhalte waren vor allem Leistungseinschränkungen und die Erhöhung bzw. Einführung von Eigenbeteiligungen in vielen Leistungsbereichen (Zahnersatz, Arzneimittel, Krankenhaus, Fahrkosten, etc.).²¹³ Ergänzt wurde dieses Gesetz durch weitere Einzelmaßnahmen, zum einen im Bereich der stationären Versorgung (Krankenhauskostendämpfungsgesetz),

²¹¹ Vgl. Leopold (1999) S. 297

²¹² Vgl. Neuffer (1997) S. 64

²¹³ Vgl. Leopold (1999) S. 99 f.

sowie den Haushaltsbegleitgesetzen (nochmalige Erhöhung der Eigenbeteiligungen und Ausschluss von Bagatellarzneimitteln).²¹⁴

- Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.88

Als Herzstück der sogenannten Blüm'schen Gesundheitsreform kann die Beschränkung der Arzneimittelausgaben bezeichnet werden. Mit der Einführung von Festbeträgen für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel sollten die Krankenkassen größeren Einfluss auf die Preisstrukturen erhalten. Konnten bisher mehrere therapeutisch gleichwertige Arzneimittel zu unterschiedlichen Erstattungspreisen vertrieben werden, begrenzten die Festbeträge nunmehr die zu übernehmende Leistung der Krankenkasse auf eben diesen Festbetrag. Im Zuge dieser Neuerungen kam es erstmals seit 1960 zu einem Rückgang der Leistungsausgaben bei den Krankenkassen.²¹⁵ Im Vertragsrecht bildete die Einführung arztgruppenbezogener Richtgrößen für die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln eine erste Bewegung hin zur Budgetierung. Allerdings blieb der Krankenhausbereich von der Reform völlig unberührt.²¹⁶ Strukturell war die Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung von Bedeutung. Danach wird mit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes das Risiko der Pflegebedürftigkeit neben den Risiken, Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit und Unfall im Rahmen einer eigenen paritätisch finanzierten Sozialversicherung abgesichert.

- Gesundheitsstrukturgesetz vom 12.08.92

Trotzdem stiegen ab 1990 die Kosten der Krankenkassen wieder stärker an und die Regierung sah sich bereits drei Jahre nach in Kraft treten der letzten Reform dazu gezwungen, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz einen weiteren staatlichen Eingriff vornehmen zu müssen. Das den „Lahnsteiner Beschlüssen“ folgende Gesundheitsstrukturgesetz trat 1993 in Kraft und war gleichzeitig eines der parteipolitisch umstrittensten Gesetze, da für die geplanten Änderungen ein Konsens der großen Parteien notwendig war.²¹⁷ Da dieses tatsächlich gelang, handelt es sich bei dem Gesundheitsstrukturgesetz um die bisher einzige Reform, die in Übereinstimmung von Koalition und Opposition be-

²¹⁴ Vgl. Leopold (1999) S. 100 f.

²¹⁵ Vgl. Leopold (1999) S. 107 f.

²¹⁶ Vgl. Leopold (1999) S. 176

²¹⁷ Die CDU/FDP-Regierung hatte die Mehrheit im Bundestag, während die Bundestagsopposition über die Mehrheit im Bundesrat verfügte.

geschlossen werden konnte. Inhaltlich stellten die Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen im Krankenhausbereich, die sofortige Implementierung des Risikostrukturausgleichs als vorbereitende Maßnahme auf ein freies Krankenkassenwahlrecht aller Versicherten ab 1996, die effizientere Organisation der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherungen, die nochmalige Erhöhung der Selbstbeteiligungen in fast allen Leistungsbereichen, die Neuregelung der Beitragsbemessung bei Rentnern und die Erhöhung bzw. Änderung der Vorversicherungszeiten für Beitrittswillige in die gesetzliche Krankenversicherung die wichtigsten Änderungen dar.²¹⁸

- Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.96

Das Beitragsentlastungsgesetz stellte den ersten Eingriff des Gesetzgebers in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen dar. Die Krankenkassen wurden dabei gezwungen ihre Beitragssätze zum 01.01.1997 um jeweils 0,4% zu senken. Ziel des Gesetzgebers war es, die durch Leistungskürzungen erzielten Einsparungen der Krankenkassen direkt an den Versicherten weiterzugeben. Die Ersparnisse kamen größtenteils durch den Wegfall der Kostenübernahmemöglichkeit von Präventionsleistungen, der Absenkung des Krankengeldes sowie durch weiter steigende Eigenbeteiligungen zustande.²¹⁹

- Erstes und zweites Neuordnungsgesetz vom 12.06.97

Trotz dieser Maßnahmen betrug das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung Ende 1996 3,4 Mrd. €. Die beiden Neuordnungsgesetze (auch als dritte Stufe der Gesundheitsreform bezeichnet) sollten zum einen weitere Beitragssatzanhebungen der Krankenkassen erschweren und zum anderen ihre Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungsbereich ausweiten. Kernelement dabei war die Regelung der zwanghaften Erhöhung der Zuzahlungen für Versicherte einer Krankenkasse, falls diese ihre Beitragssätze anhebt. Daneben wurde den Mitgliedern bei Beitragssatzerhöhungen ihrer Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt. Das zweite Neuordnungsgesetz beinhaltete vor allem wiederum die Erhöhung der Eigenbeteiligungen. Die ersten Gehversuche in Richtung Managed Care bedeutete die Regelung, dass neue Therapien, Verfahren und Organisationen im Rahmen von Modell- und Strukturverträgen

²¹⁸ Vgl. Leopold (1999) S. 210 ff.

²¹⁹ Vgl. Leopold (1999) S. 223 f.

erprobt werden können sowie die Einführung von Gestaltungsleistungen im Rahmen von Satzungsbestimmungen ermöglicht wurde.²²⁰

- Gesundheitsreform 2000 vom 16.12.1999

Die Gesundheitsreform 2000 war die erste Reform, die unter der SPD/Bündnis 90/Die Grünen-Koalition zustande kam. Die zunächst als sehr weitreichend angedachte Strukturreform musste allerdings - durch starken Widerstand der Opposition, die zu diesem Zeitpunkt die Mehrheit im Bundesrat besaß - so abgespeckt werden, dass sie letztlich ohne Bundesratszustimmung beschlussfähig war.²²¹ Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde explizit ins Gesetz aufgenommen und im Bereich Managed Care wurden weitere Schritte gesetzlich fixiert. Hier sind vor allem die Regelungen zu Modellvorhaben, Strukturverträgen und zur integrierten Versorgung zu nennen. Außerdem wurde die Gesamtvergütung der Krankenkassen in einen haus- und fachärztlichen Teil gesplittet und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine entsprechende Gliederung in haus- und fachärztliche Leistungen vorgenommen. Im Präventionsbereich wurden die 1996 abgeschafften Leistungen innerhalb klar abgesteckter Bereiche wiedereingeführt. Die Neuregelung sieht eine Unterteilung der Präventionsleistungen in allgemeine Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung und Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vor. Zu den Inhalten und zur Qualitätssicherung vereinbarten die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitliche und gemeinsame Kriterien. Im stationären Bereich wurde mit den DRGs ein neues Entgeltsystem beschlossen, dass bis zum 01.01.2007 vollständig eingeführt werden soll. Wie bereits in Punkt 3.2.2.2 erwähnt wurde hierzu am 28.02.2002 ein entsprechendes Fallpauschalen-gesetz (FPG) vom Bundesrat genehmigt.

Für die Marktteilnehmer bedeutet eine solche Vielzahl von gesetzlichen Veränderungen immer wieder ein ständiges Anpassen an die jeweilige Situation. Als Beispiel seien hier die Präventionsleistungen genannt. Infolge des Beitragsentlastungsgesetzes fielen 1996 die Erstattungsmöglichkeiten für Präventionsleistungen nach § 20 SGB V für die Krankenkassen weg. Erst wenige Jahre zuvor waren Präventionsleistungen überhaupt in den Leistungskatalog der Krankenkassen

²²⁰ Vgl. Leopold (1999) S. 225 f.

aufgenommen worden. In der Zwischenzeit hatten alle Marktteilnehmer aber eine entsprechende Infrastruktur aufgebaut. Die Krankenkassen hatten z.B. Präventionssachbearbeiter eingestellt, die nach Wegfall der Gesetzesgrundlagen aber nicht so einfach wieder abgebaut werden konnten. Hinzu kommt, dass ähnliche Leistungen seit dem Jahr 2000 wieder in den Leistungskatalog aufgenommen wurden.

Verschiebung von Geldern zwischen Sozialversicherungsträgern

Die Verschiebung von Geldern innerhalb der sozialen Systeme ist ein weiterer Bereich, der der GKV in den letzten Jahren enorme Finanzprobleme bereitete. Im folgenden werden die wichtigsten Verschiebungen aufgeführt, die in der Zeit von 1995 - 2000 zusammen etwa 25 Mrd. € zu Ungunsten der GKV ausmachten:

- Instandhaltungskosten für Krankenhäuser in Höhe von 1,8 Mrd. € Die gesetzliche Regelung schreibt vor, dass die Instandhaltungskosten für Krankenhäuser von den Ländern zu finanzieren sind. Aufgrund deren Finanzengpässe wurde geregelt, dass die Krankenkassen vorübergehend diese Finanzierung übernehmen sollten. Alle Versicherten zahlten zur Gegenfinanzierung²²² ein einmaliges Krankenhausnotopfer von 10,23 €
- Aus finanziellen Engpässen der Renten- und Arbeitslosenversicherung wurden die Beiträge aus Krankengeld, die die Krankenkassen an die Träger der Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen haben, um 20% angehoben. Dieses führt für die GKV zu Mehrkosten von ca. 3,1 Mrd. € pro Jahr.
- Gleichzeitig wurden die Beiträge von Arbeitslosengeldempfängern, die das Arbeitsamt an die Krankenkassen zahlt, gesenkt. Hieraus resultieren jährlich Mindereinnahmen von ca. 2,6 Mrd. € für die Krankenkassen.²²³

Diese Liste ließe sich noch weiterführen und zeigt, dass es in den letzten Jahren zu Umverteilungen kam, die zwar kaum noch zu durchblicken, für die Marktteilnehmer aber von extremer Wichtigkeit sind. Die Philosophie, dass wenn es einem

²²¹ Wegfallen musste u.a. der Gedanke des Globalbudgets (die sektorale Budgetierung wurde also weitergeführt) und die geplante monistische Finanzierung im Krankenhaussektor.

²²² Gegenfinanzierung ist eine typische Bezeichnung für ein fragmentiertes und sektororientiertes Gesundheitswesen, wo kurzfristig in einem Bereich Summen ausgegeben und dafür in einem anderen Bereich wieder eingespart werden müssen. Langfristige Effizienzüberlegungen spielen dabei keine Rolle.

²²³ Vgl. Rebscher (2001) S. 22

Sozialversicherungsträger finanziell schlecht geht, Gelder von anderen Bereichen dorthin verschoben werden, um kurzfristige Engpässe zu überwinden, führt allerdings nicht zu einer Effizienzsteigerung des gesamten Sozialversicherungssystems.

3.2.6.3. Die gesetzliche Zulassung alternativer Versorgungsmodelle

Aufgrund der in Kap. 3.2.2 festgestellten starken gesetzlichen Regulierung des Leistungsgeschehens gilt es der Zulassung alternativer Versorgungsmodelle besondere Beachtung zu schenken. Unter alternativen Versorgungsmodellen werden hierbei Modell-²²⁴, Struktur-²²⁵, Integrations-²²⁶ und Disease Management-Verträge²²⁷ verstanden.

Modell-, Struktur- und Integrationsverträge

Bereits seit 1992 bestand grundsätzlich die Möglichkeit zur Umsetzung von Modellvorhaben, jedoch inhaltlich stark auf Erprobungen neuer Leistungen, Maßnahmen und Verfahren (§63 SGB V alt) sowie Erprobungen im Bereich der Kostenerstattung (§ 64 SGB V alt) und der Beitragsrückzahlung (§ 65 SGB V alt) begrenzt. Infolge der Einführung des 2. NOG 1998 und der Gesundheitsreform 2000 wurden diese Möglichkeiten erweitert:

- Modelle nach § 65 SGB V

Im Rahmen von Modellvorhaben können Krankenkassen mit Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern direkte Verträge zu Modellvorhaben abschließen. Hierzu wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 zusätzlich geregelt, dass für solche Modelle die Zustimmung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr erforderlich ist. Werden Einsparungen erzielt so können diese an die beteiligten Versicherten weitergegeben werden. Modelle nach § 65 SGB V müssen in die Satzung der Krankenkassen aufgenommen werden und entsprechend evaluiert werden.

²²⁴ § 65 SGB V

²²⁵ § 73 SGB V

²²⁶ § 140 SGB V

²²⁷ §§ 28 a-g RSAV

Ferner ist ein gesetzlich fixierter Zeithorizont von maximal acht Jahren vorgeschrieben.

- Strukturverträge nach § 73 SGB V

Weiterhin hat der Gesetzgeber im Rahmen des § 73a SGB V Möglichkeiten für Strukturverträge geschaffen. Hierbei geht es hauptsächlich um neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen für Hausärzte oder für Verbände aus Haus- und Fachärzten (inklusive der Übernahme von Budgetverantwortung). Strukturverträge sind zeitlich nicht befristet und bedürfen keiner Evaluation oder Satzungseintragung. Allerdings können sie nur auf der Ebene der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden. Die Regelungen betreffen vorwiegend den ambulanten Sektor, die Integration des stationären Sektors ist nicht vorgesehen.

- Integrierte Versorgung § 140 SGB V

Die Gesundheitsreform 2000 hat durch die Aufnahme des § 140 in das SGB V Vertragsabschlüsse zur Förderung der integrierten Behandlung ermöglicht. Dabei sollen Vereinbarungen zu einer Versorgung über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg getroffen werden bzw. bestimmten Leistungserbringern über Budgetverantwortung und Vergütung Steuerungsfunktion übertragen werden. Versicherten kann (im nachhinein) ein Bonus bewilligt werden, wenn die Teilnahmebedingungen mindestens über ein Jahr erfüllt wurden und es zu tatsächlichen Einsparungen gekommen ist. Gleichzeitig wird den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen, die grundsätzlich nur optionaler Vertragspartner sind, nach drei Jahren ein Beitrittsrecht gesetzlich garantiert. Dieses gilt ebenfalls für weitere Krankenkassen, die an einer Teilnahme interessiert sind.

Wesentliches Ziel dieser Regelungen ist es Anreize zu schaffen, damit die Behandlungsabläufe im Rahmen einer prozess- bzw. krankheitsorientierten Vorgehensweise stärker auf die Belange der (vor allem chronisch kranken) Patienten fokussiert werden und weniger sektororientiert vorgegangen wird. Eben dieses wurde von der Politik erkannt und führte zur Zulassung der beschriebenen alternativen Versorgungsmodelle, die eine prozessorientierte Versorgung der Versicherten fördern sollen. Tatsächlich kam es auch zu einer starken Gründungswelle von Praxisnetzen im Rahmen von Modell- und Strukturverträgen, die

sich vor allem durch die Vielfalt ihrer Inhalte auszeichneten.²²⁸ Von großen Netzen mit mehr als 600 beteiligten Ärzten, die auf vertraglicher Basis mit kombinierten Budgets Verantwortung übernahmen, bis hin zu kleinen regionalen Netzen ohne vertragliche Grundlage fanden sich alle Schattierungen wieder. Auch wurden oftmals Modelle zur verbesserten Behandlung einzelner Indikationsstellungen oder zur Vereinbarung über eine rationale Arzneimittelversorgung gegründet.²²⁹

Die Entwicklung zeigte jedoch, dass Krankenkassen, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, politische Parteien, kurzum alle Beteiligten im Gesundheitswesen zwar von den generellen Vorteilen eines vernetzten und koordinierten Arbeitens überzeugt sind, allerdings haben alle Interessensverbände eine unterschiedliche Auffassung von den Spielregeln. So folgte einer ersten Boomphase der Netze in den letzten Monaten eine Konsolidierungswelle. Die erste Euphorie scheint verflogen, Anschubfinanzierungen von Krankenkassen und der Pharmaindustrie aufgebraucht und die vielfach erwarteten kurzfristigen Einsparungen sind ausgeblieben. Einige Netze, darunter das Praxisnetz Berlin der BKK, TK und der KV-Berlin oder das Medizinische Qualitätsnetz München (MQM), wurden gar beendet.

Die grundsätzlichen Probleme deutscher Netze werden im folgenden anhand des Praxisnetzes Berlin beschrieben:

Der Startzeitpunkt zu diesem Modellprojekt nach § 63 SGB V war der 01.01.1996 bei einer ursprünglich vorgesehenen Laufzeit bis 31.12.2005. Insgesamt waren ca. 15.000 Versicherte eingeschrieben und knapp 600 Ärzte involviert, die in 11 regionalen Netzen untergliedert waren. Ziel des Modellversuches war es, den eingeschriebenen Versicherten eine abgestimmte und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu bieten. Hierzu schrieben diese sich bei einem Netzarzt ein, der auch grundsätzlich immer zuerst aufzusuchen war und so die komplette Behandlung steuern sollte. Zusätzlich wurde eine Praxisnetzhotline geschaffen und Qualitätszirkel für die teilnehmenden Ärzte organisiert. Auch lag der Punktwert für die Vergütung der ärztlichen Leistungen überwiegend über dem

²²⁸ Vgl. Baumberger (2001) S. 169

²²⁹ Anlage 1 der Arbeit gibt eine Übersicht zu den Netzen, die zum Zeitpunkt Juli 2000 auf vertraglicher Basis (§§ 65, 73 SGB V) zusammenarbeiteten. Darüber hinaus existiert noch eine große Anzahl an Netzen ohne vertragliche Grundlage (Bottom up-Netze).

normalen Punktwert der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, trotzdem wurde das Netz im Jahr 2001 beendet. Was waren die Gründe hierfür?

- Die Netzsteuerung:

Obwohl Modellversuche grundsätzlich direkt zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbart werden konnten, war die Kassenärztliche Vereinigung spätestens bei der Budgetberechnung für das Netz wieder involviert, da die Kosten der ambulanten Versorgung für die Netzversicherten prospektiv aus dem Gesamtbudget der Kassenärztlichen Vereinigungen herausgerechnet werden mussten. Damit hatten die Leistungserbringer zwar ein prospektives Budget für die ambulante ärztliche Versorgung, für den stationären Bereich und die Arzneimittelversorgung erfolgt jedoch weiterhin eine normale Abrechnung. Zwar wurden in Berlin zumindest fiktiv prospektive Budgets²³⁰ für die Krankenhaus- und Arzneimittelausgaben gebildet, allerdings handelte es sich eben nur um fiktive Budgets. So hatte z.B. eine vermehrte Leistungserbringung im ambulanten Bereich mit dem Ziel der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen zur Folge, dass der Netzpunktwert (und damit das Einkommen der Netzärzte) in der ambulanten Versorgung sank, da das Budget ausschließlich für die ambulante Behandlung galt. Deshalb waren Kostenverschiebungen in den stationären Bereich, die eigentlich vermieden werden sollten, für die Leistungserbringer weiterhin interessant. Ebenfalls war das Arzneimittelverordnungsverhalten der Netzärzte nicht auswertbar, da Daten hierzu weder arzt- noch patientenbezogen vorlagen. Es konnte maximal die Aussage getroffen werden, ob die Gesamtzahl aller Ärzte (in Berlin über 600) mit dem fiktiven Arzneimittelbudget ausgekommen ist oder nicht.

Das ganze führt dann auch zum eigentlichen Problem der Netze in Deutschland: Verbesserte Qualität oder eingesparte Kosten sind bei der jetzigen Datenlage und Sektorentrennung nicht nachvollziehbar. Wichtige Steuerungsmöglichkeiten entfallen und der mehr oder weniger vorhandene gute Wille der Beteiligten zur Sicherstellung einer sektorübergreifenden Behandlung scheitert an den falschen Anreizen und der fehlenden Transparenz.

- Neue Aufgaben für die Netzteilnehmer:

²³⁰ Anhand der RSA-Profile der Netzversicherten wurde abgeschätzt wie hoch die Leistungskosten im stationären Bereich und Arzneimittelbereich sein werden.

Jahrzehntlang wurden in der deutschen GKV Versorgungsverträge durch Verbände, also durch übergeordnete Instanzen getroffen. Die Möglichkeit Inhalte jetzt plötzlich selbst in Eigenverantwortung zu gestalten, stellte die Marktteilnehmer doch oftmals vor erhebliche Probleme. Gerade auf Leistungserbringerseite führte die schwache organisatorische Infrastruktur zu erheblichen Problemen.

- Anreize für Versicherte:

Fehlende Anreize für Versicherte sind für die Netze in Deutschland - und war insbesondere auch für das Praxisnetz Berlin - ein besonderes Problem. Unter Anreizen sind hier finanzielle Vorteile in Form von Beitragsnachlässen sowie transportierbare qualitative Vorteile durch die Behandlung im Netz gemeint.²³¹

Weiterhin sind darunter Anreize zu verstehen, die eine netzkonforme Verhaltensweise der Mitglieder fördern wie z.B. Sanktionsmöglichkeiten, wenn Versicherte Leistungen außerhalb der Netze in Anspruch nehmen. Dies alles ist in den deutschen Netzen nur sehr unzureichend vorhanden was wiederum zu dem schwachen Commitment und einer oftmals nicht netzkonformen Verhaltensweise der Versicherten führt.²³² So wurden z.B. im Praxisnetz Berlin über 50% der in Anspruch genommenen Leistungen von Ärzten außerhalb des Netzes abgerechnet.

- Netzgröße:

Insbesondere in Berlin war auch die teilnehmende Menge an Ärzten zu groß, um ein aktives Management der medizinischen Versorgung zu betreiben. Denn tatsächlich steuerbare Verantwortung kann nur von einer überschaubaren Gruppe getragen werden. Mit etwa 600 Ärzten war das Praxisnetz Berlin hierzu sicherlich zu groß angelegt. Da der Versorgungsvertrag direkt zwischen den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurde, bestand die Möglichkeit für alle zugelassenen Ärzte beizutreten, ohne dass

²³¹ Hier wird ein im voraus feststehender und kommunizierbarer Betrag oder Prozentsatz benötigt. Die Inaussichtstellung, dass wenn Einsparungen erzielt werden, auch der Versicherte davon einen Teil abbekommt, ist unzureichend.

²³² Die finanziellen Anreize für Versicherte sich im Netz einzuschreiben lagen bei durchschnittlich etwa 60 € pro Jahr. Aber auch sonstige Vorteile waren für den Versicherten nicht transparent. Bestellte Netzpatienten wurden der „normalen Kundschaft“ nicht vorgezogen und von der Nutzung der Telemedizin und dem Zugriff auf eine zentrale Patientenakte als Serviceangebot war das Netz noch weit entfernt.

qualitative Auswahlkriterien getroffen werden konnten.²³³ Auch hatten die einzelnen Ärzte oftmals einen viel zu kleinen Netzpatientenstamm zu betreuen, was die Bedeutung des Netzes für diese Ärzte stark relativierte und auch den Einsatzwillen in Grenzen hielt.

Die Marktteilnehmer sind aufgrund dieser Probleme derzeit erheblich verunsichert. Der schwierige Nachweis über tatsächlich erreichte Verbesserungen lassen sie eher vorsichtig mit Investitionen in Praxisnetze umgehen. Das zeigt auch die Erkenntnis, dass bisher noch relativ wenig Verträge im Rahmen des § 140 SGB V abgeschlossen wurden. Die Tendenzen gehen eher in integrierte Modelle auf räumlich begrenztem Gebiet mit Ausrichtung auf eine spezielle Indikation. Der Vertrag der Techniker Krankenkasse, der BKK Opel, der BKK Hoechst, dem St. Josef-Hospital in Wiesbaden und einer Rehabilitationsklinik in Hessen, wo über den § 140b SGB V eine koordinierte Versorgung zwischen Krankenhaus und Rehabilitationsklinik gewährleistet werden soll, gilt als ein Beispiel für solche „kleineren Lösungen“. Für die Vergütung der stationären Behandlung inklusive der Rehabilitationsbehandlung wurde hierzu eine Fallkomplexvergütung vereinbart.²³⁴ Weiterhin kommt es derzeit verstärkt zu Kooperationen innerhalb der Ärzteschaft. Diese Vereinbarungen betreffen z.B. ein gemeinsames Management der Praxen, den gemeinsamen Einkauf, Personal- und Apparatesharing, Logistikverbesserungen und Projektmanagement. Unterstützt werden diese Verbünde durch Unternehmen, die sich im Bereich des Managementsupports für Ärztenetze positioniert haben.

Disease Management-Programme in der ambulanten Versorgung

Eine weitere Form von alternativen Versorgungsmodellen stellen die Disease Management-Programme dar. Durch die Einführung des entsprechenden Gesetzes zur Anpassung des RSA 2002 wurden dabei zum ersten Mal alternative Versorgungsmodelle mit starken finanziellen Anreizen für die Krankenkassen gekoppelt. Gelingt es nämlich den Krankenkassen chronisch kranke Versicherte in Disease Management-Programme zu lotsen, so erhalten sie für diese Versicherten eine höhere RSA-Gutschrift als vorher. Hierzu wird innerhalb des RSA jedes

²³³ Voraussetzung war lediglich, dass die Ärzte eine genügend große Anzahl Patienten der beteiligten Krankenkassen hatten.

einzelne Cluster nochmals differenziert in „DMP-Versicherter“ und „Nicht-DMP-Versicherter“. Die Anzahl der Cluster im RSA wird sich also verdoppeln. Für die betroffenen Cluster werden eigene standardisiertere Beitragsbedarfe ermittelt. Durch die Berücksichtigung der Disease Management-Programme in der RSA-Umverteilungssystematik wird zukünftig sehr viel mehr Geld umverteilt werden als bisher und somit wurden bereits Berechnungen angestellt, um die Beitragssatzrelevanz der Disease Management-Programme zu ermitteln. Die BEK erwartet z.B. 426 Mio. € an Mehreinnahmen über den Risikostrukturausgleich, wenn sich 2% der Versicherten in die Programme einschreiben würden. Demnach ist z.B. für einen 50-jährigen Diabetiker zukünftig statt 1.500 € rund 5.370 € aus dem Finanzausgleich zu erwarten.²³⁵ Die berechneten 426,4 Mio. € Mehreinnahmen entsprechen bei der BEK etwa 0,4% Beitragssatz.

Die Vorgehensweise sah dabei zunächst den zeitgleichen Aufbau von Disease Management-Programmen für die Diagnosen Diabetes mellitus II, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Brustkrebs und koronare Herzerkrankungen vor. Aufgrund des zu großen Zeitdrucks hat sich der Koordinierungsausschuss allerdings für eine sukzessive Einführung entschieden. Der Beginn sollte dabei mit Diabetes mellitus II und Brustkrebs gemacht werden, allerdings sind bis Juni 2002 noch keine Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. zwischen Krankenkassen und einzelnen Ärztegruppen abgeschlossen worden, da sich die Beteiligten noch nicht über Regelungen im Bereich des Datenmanagements einigen konnten.

Inhaltlich geht es bei den Disease Management-Programmen darum das Behandlungsmanagement von bestimmten chronischen Krankheiten von der Prävention bis zur Rehabilitation zu definieren und koordinieren. Könnten die wichtigsten chronischen Erkrankungen tatsächlich über alle Sektoren hinweg, auf der Basis des aktuell besten verfügbaren medizinischen Wissens sowie unter Abwägung von Kosten-Nutzen-Aspekten erfolgen, würde sich dieses sicherlich langfristig positiv auf die Qualität der Behandlung als auch auf die anfallenden Kosten bemerkbar machen. Experten gehen aktuell von einem theoretisch

²³⁴ Vgl. o.V. (2001c) Ärzte Zeitung vom 19.07.2001

²³⁵ Vgl. o.V. (2001d) Handelsblatt vom 30.07.2001

erreichbarem Einsparpotenzial in Höhe von 15 - 25% der Gesamtkosten aus, wenn es zu einer entsprechenden flächendeckenden Umsetzung käme.²³⁶

Zugleich ist aber auch klar, dass eine erfolgreiche Umsetzung der Disease Management-Programme an gewisse Rahmenbedingungen und Voraussetzungen gebunden ist, von denen hier einige genannt werden:²³⁷

- **Transparenz und Wissensbasis:**
Erforderlich ist ein hohes Maß an Transparenz zum Verlauf der Krankheiten und den anfallenden Kosten damit eine Wissensbasis zum Krankheitsverlauf aufgebaut werden kann. Neben dieser Wissensbasis ist es wichtig, die entscheidenden Kostentreiber und zwischen ihnen bestehende Abhängigkeiten zu kennen, damit die kritischen Eingriffspunkte im Krankheitsprozess klar werden. Diese klinischen, patientenorientierten und ökonomischen Ergebnisse müssen für die Beteiligten frei zugänglich sein.
- **Anreizsysteme:**
Zusätzlich müssen Anreizsysteme bestehen, die ein entsprechendes Handeln auch belohnen. Im Bereich der Leistungserbringervergütung bedeutet dieses eine sektorübergreifende Vergütung, um Kostenverschiebungseffekte zu vermeiden. Auch Anreize zur Steigerung der netzkonformen Verhaltensweise bei den Versicherten sind notwendig (z.B. durch Bonus- bzw. Maluszahlungen).
- **Vernetzung der Leistungserbringer:**
Eine ganzheitliche Betrachtung von Krankheiten setzt weiterhin die enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer voraus. Integrierte Versorgungskonzepte (einschließlich technischer Vernetzung) fördern diesen Ansatz.

Vor dem Hintergrund dieser beschriebenen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz von Disease Management-Programmen werden im folgenden die Inhalte der für das GKV-System vorgesehenen Programme kritisch untersucht:

- Die medizinische Basis der Behandlungsprogramme sollen evidenzbasierte, deutsche Behandlungsleitlinien sein, die dann auch für alle Krankenkassen

²³⁶ Vgl. Greilich (2000) S. 54

²³⁷ Vgl. Greilich (2000) S. 27

bindend sind.²³⁸ Da zu den geplanten Diagnosen aber in keinem Fall eine deutsche evidenzbasierte Leitlinie vorlag, musste sich der Koordinierungsausschuss für Diabetes mellitus II und Brustkrebs, nach Sichtung der national und international vorhandenen Leitlinien, ohne evidenzbasierte Grundlage auf die medizinischen Inhalte der Programme einigen.²³⁹ Das Ergebnis dieser Einigung wird allerdings, aufgrund der fehlenden Evidenzbasiertheit, von vielen Experten kritisiert. So fällt z.B. bei der zugrunde liegenden Leitlinie für Diabetes mellitus II auf, dass dort nur Arzneimittel genannt werden, die bereits älter als 10 Jahre sind. Innovationen haben keinen Eingang gefunden.

- Vom Prozedere her sollen sich chronisch kranke Versicherte bei ihrem Hausarzt für die Disease Management-Programme einschreiben. Demzufolge muss also auch eine umfassende Qualifizierung aller Ärzte erfolgen, damit diese „diseasemanagementfähig“ gemacht werden, da ja ein selektives Kontrahieren nicht möglich ist.²⁴⁰ Die Vertragspartner müssten also umfassende Schulungsangebote für alle Leistungserbringer unterbreiten.
- Weiterhin soll die Einschreibung an feste medizinische Kriterien gebunden sein und durch Unterschrift des Arztes und des Patienten zustande kommen. Zur Überprüfung, ob die medizinischen Voraussetzungen für die Einschreibung im Einzelfall tatsächlich vorgelegen haben, soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung verstärkt eingeschaltet werden. Es käme demnach also zu einem enormen Prüfungs- und Verwaltungsaufwand. Da sich Patienten außerdem nur dann einschreiben können, wenn sie bestimmte Krankheitskriterien erfüllen, bleibt der Präventionsaspekt außen vor.²⁴¹
- Auch werden zu nachgelagerten Bereichen (vor allem stationäre Behandlung) lediglich die Schnittstellen definiert. Das Behandlungsmanagement beschränkt sich auf die ambulante Versorgung.
- Probleme ergeben sich auch aus den unklaren Anreizen für die Versicherten, da weder Beitragsrückerstattungen noch klare Indikatoren für eine qualitativ

²³⁸ Die Wichtigkeit, dass die zugrunde liegenden Leitlinien auch mit der vorhandenen nationalen Kultur einhergehen, zeigt die Hypotonie. Diese Erkrankung existiert z.B. für englische Hausärzte gar nicht und wird sogar als „German Disease“ bezeichnet. Vgl. Szecsenyi (2001) S. 81

²³⁹ Vgl. Ballast, Motzkus (2002) S. 363 ff.

²⁴⁰ Smigielski spricht in diesem Zusammenhang lapidar von der Schulung der Leistungserbringer und Versicherten; Vgl. Smigielski (2002)

²⁴¹ Für die Diabetes mellitus II gilt, dass typische Symptome nachgewiesen werden bei gleichzeitiger Bestätigung bestimmter Blutzuckerwerte oder an mindestens zwei Tagen definierte

bessere Behandlung gegenüber dem Versicherten kommuniziert werden können. Die Bereitschaft der Versicherten zur Einschreibung wird sich deshalb in Grenzen halten. Auch bestehen für die Anbieter keine Sanktionsmöglichkeiten, wenn eingeschriebene Patienten trotzdem mehrere Ärzte parallel konsultieren.

- Die Dokumentation der Behandlung und damit die Kontrolle erfolgt pro Quartal manuell. Anhand eines Formulars werden verschiedene Qualitätsparameter festgehalten. Das Vorliegen dieses Formulars (mit Unterschrift von Arzt und Patient) soll zugleich belegen, dass der Versicherte weiterhin im Programm involviert ist. Diese Blätter müssen also für alle eingeschriebene Patienten erfasst und ausgewertet werden. Durch diese manuelle Arbeit für den Arzt und die auswertende Stelle (wer dies sein wird ist noch unklar) besteht die große Gefahr, dass sich Karteileichen ansammeln und zugleich bedeutet die manuelle Dokumentation einen erheblichen Arbeitsaufwand für die Beteiligten.²⁴²
- Da insgesamt die sektorale Budgettrennung weiterhin existiert und die Sektorgrenzen deshalb weiterhin „finanziell undurchlässig“ sind, steht dem ambulanten Bereich auch nicht mehr Geld zur Verfügung als vorher, obwohl eines der Ziele im Disease Management in der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten liegt.²⁴³ Will man für die Disease Management-Programme trotzdem mehr Geld zur Verfügung stellen, so verbleibt ein entsprechend geringerer Betrag für Versicherte, die an anderen Diagnosen erkrankt sind, bzw. nicht eingeschrieben sind. Denn der Betrag, der für eingeschriebene chronisch Kranke mehr zur Verfügung stehen soll, muss aus den Budgets der anderen Facharztgruppen wieder herausgelöst werden (s. Abb. 27 auf der folgenden Seite).

Blutzuckerwerte aufweisen. Im Bereich Brustkrebs muss eine histologisch gesicherte Diagnose vorliegen; Vgl. Ballast, Motzkus (2002) S. 264

²⁴² Szecsenyi und Gerlach monieren dabei besonders den Aufbau externer, bürokratisch organisierter Kontrollstrategien ohne vertrauensvolles, auf kontinuierliche Qualitätsentwicklung zielendes Feedback; Vgl. Szecsenyi, Gerlach (2002) S. 24

²⁴³ Es ist eher unwahrscheinlich, dass aufgrund der Disease Management-Programme kurzfristig Betten im stationären Bereich abgebaut werden und somit Gelder in den ambulanten Bereich fließen können, um die zunächst entstehenden zusätzlichen Kosten abzufedern.

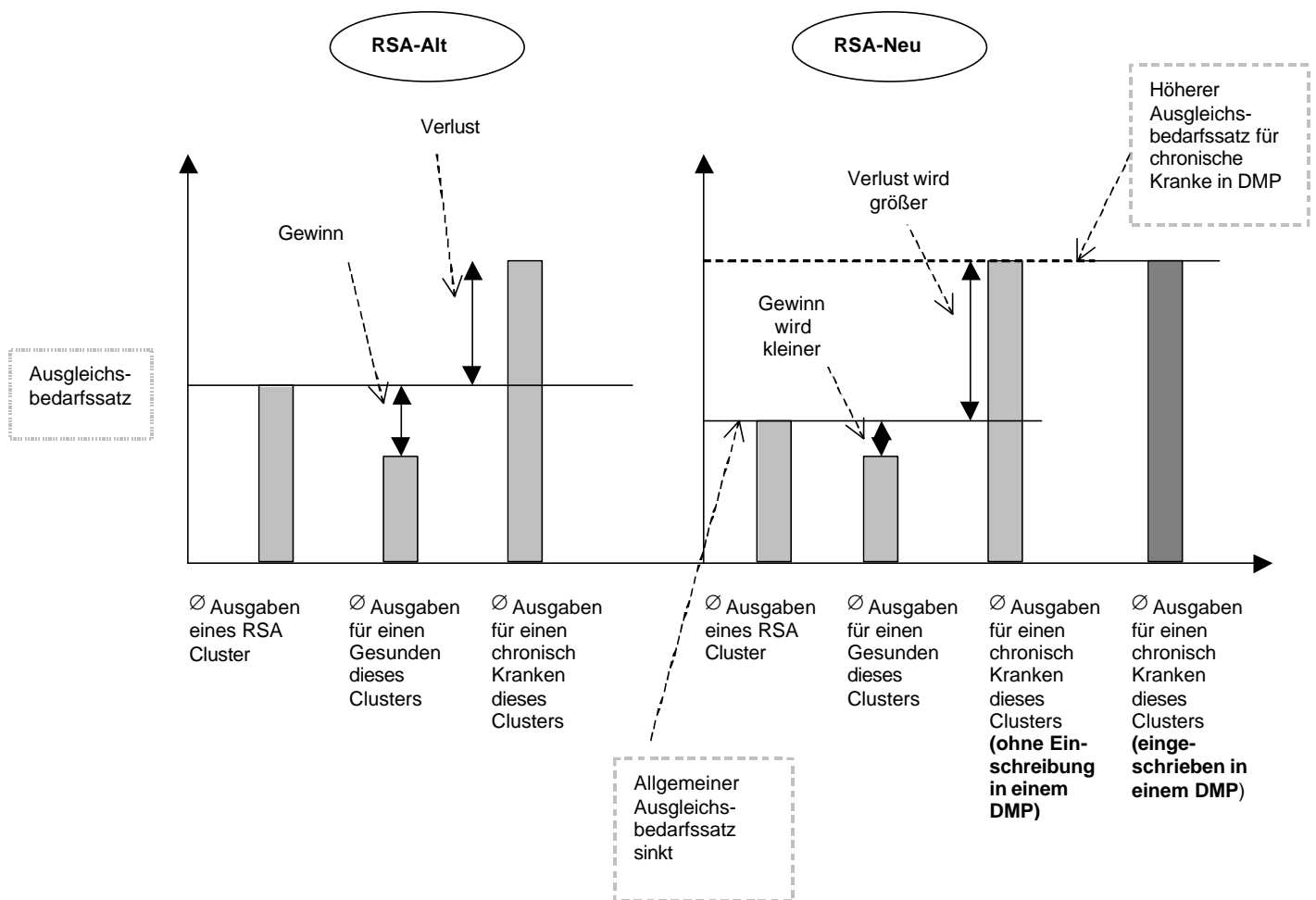


Abb. 27: Auswirkungen der Disease Management-Programme auf die Ausgleichsbedarfsätze des RSA, Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund dieser Einschätzungen ist es unverstänlich, dass erhebliche finanzielle Anreize für Krankenkassen zur Erarbeitung von Disease Management-Programmen geschaffen worden sind, bevor die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden waren. Somit wird es auch sehr schwierig sein Disease Management-Konzepte im derzeitigen Umfeld wirkungsvoll einzusetzen. Viele Punkte sprechen deshalb dafür, dass die Einführung der Disease Management-Programme für das GKV-System verfrüht ist:

Es drängt sich der Verdacht auf, dass die Disease Management-Programme lediglich als Antwort auf die Entwicklungen des Krankenkassenwettbewerbs eingeführt werden, sozusagen als mittelfristiges Geldumverteilungsmittel bis 2007 diese Funktion durch die Morbiditätskriterien im RSA übernommen wird. Es

besteht die große Gefahr, dass die Programme für die GKV insgesamt keinen Erfolg bringen und deshalb die Bereitschaft der Politik, langfristig an solchen - dem Grunde nach guten Instrumenten - festzuhalten, sehr schnell schwinden könnte.

Gründe für die bisher untergeordnete Rolle von integrativen Versorgungskonzepten im GKV-System:²⁴⁴

- **Fragmentierung des GKV-Systems:**

Das Gesundheitswesen weist traditionell eine starke Abschottung der einzelnen Behandlungssektoren auf, die unabhängig von übergreifenden Krankheitsverläufen optimiert werden. Grund hierfür ist hauptsächlich die sektorale Budgettrennung, die eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll abgestimmte Arbeitsteilung behindert und zur Verfestigung vorhandener Strukturen beiträgt. Für den Patienten bedeutet das vor allem Doppeluntersuchungen und nicht abgestimmte Therapien. Besondere Relevanz hat dieses für die kostenintensiven Behandlungen der chronisch Kranken, die ebenfalls nicht ganzheitlich erfolgen können.²⁴⁵ Laut F. Knieps ist diese restriktive Abschottung der Versorgungsbereiche im deutschen GKV-System international auch absolut einmalig²⁴⁶ und der Sachverständigenrat geht insgesamt von Einsparungen in Höhe von etwa 13 Mrd. € aus, falls tatsächlich überflüssige Labortests, Doppeluntersuchungen, etc. durch eine ganzheitliche und prozessorientierte Behandlung vermieden werden könnten.²⁴⁷

- **Unzulängliche Informationsverarbeitung:**

Der zweite Problembereich betrifft die Informationsverarbeitung in technischer Hinsicht. Obwohl die vorgenannten strukturellen Probleme und die informationstechnologischen Defizite voneinander unabhängig existieren, sind sie dennoch eng miteinander verzahnt. Denn die fehlende technische Vernetzung der Leistungserbringer, die die Möglichkeit der ständigen Information über die gesamte Patientenkarriere bieten würde, ist eine Folge der fragmentierten Struktur des GKV-Systems.²⁴⁸ Folgendes sehr praktisches Beispiel soll die tatsächlichen operativen Probleme anhand eines Patienten mit Bandscheiben-

²⁴⁴ Vgl. Szecsenyi, Gerlach (2002) S. 20

²⁴⁵ Vgl. Haubrock (2000) S. 79 f.

²⁴⁶ Vgl. Knieps (1996) S. 47

²⁴⁷ Vgl. SVRKaiG (1996) S. 61

²⁴⁸ Vgl. Szathmary (1999) S. 1

vorfall verdeutlichen: Die erste Daten- bzw. Befunderhebung eines Krankheitsfalles beginnt zumeist in der hausärztlichen Praxis, wo der Patient über bestimmte Beschwerden berichtet. Der Arzt überweist den Patienten zur Diagnostik zu einem Orthopäden, der wiederum zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose den Befund des niedergelassenen Radiologen benötigt. Nach der Diagnostik erfolgt die Einweisung ins Krankenhaus und anschließend die Rehabilitationsbehandlung. Danach kommt der Patient zurück zum Hausarzt, der noch eine ambulante Physiotherapie einleitet. Es entstehen insgesamt Daten in zwei stationären und vier ambulanten Einrichtungen. Die Dokumentation der Daten erfolgt durch den Hausarzt, zwei niedergelassene Ärzte, im Krankenhaus, in der Rehabilitationsklinik sowie in der Physiotherapie.²⁴⁹ Die kundenorientierte Abstimmung der Behandlung gestaltet sich hier als äußerst schwierig, da zudem mehrere Budgets angesprochen werden und deshalb immer wieder die latente Gefahr der Kostenverschiebung besteht. Außerdem ist eine zeitnahe Dokumentation der gesamten Behandlung äußerst unwahrscheinlich, da der Datenaustausch zwischen den Beteiligten eher schwach ausgeprägt ist.

Gemäß einer 1997 durchgeführten Studie erhielten 54% der Hausärzte keine schriftlichen Rückmeldungen vom zugewiesenen Kollegen. „Bei mangelnder Kooperationsbereitschaft des Patienten hat der Arzt unter Umständen noch nicht einmal Kenntnis darüber, ob und wie ein Kollege die selbe Krankheit beim Patienten gleichzeitig behandelt“ (im oben angesprochenen Fall könnte der Patient durchaus zur Bestätigung der Diagnose noch weitere Ärzte aufsuchen). Die Krankenhäuser erhalten die Daten von den einweisenden Haus- und Fachärzten, falls überhaupt, zu 90% immer noch auf Papier, oft unvollständig und nicht standardisiert.²⁵⁰ Demzufolge sammeln mehrere in den Behandlungsprozess involvierte Institutionen Daten in unterschiedlicher Qualität und ohne systematische Zusammenführung. Insgesamt weist das Gesundheitswesen für den IT-Bereich im Vergleich zu den meisten anderen Branchen einen Entwicklungsrückstand von 5 - 10 Jahren auf. Auch werden in der Industrie derzeit zwischen 5 - 7,5% der jährlich zur Verfügung stehenden Budgets in IT-Lösungen investiert, im Gesundheitswesen sind es weniger als 3%.

²⁴⁹ Vgl. Lauterbach, Lindlar (1999) S. 34

²⁵⁰ Vgl. Szathmary (1999) S. 351

- **Datenschutzrechtliche Bestimmungen:**

Im Bereich der ambulanten Behandlung war es den Krankenkassen bis zum Inkrafttreten des GSG im Jahr 1992 gestattet, patientenbezogene Krankheits- und Behandlungsverläufe über einen längeren Zeitraum zusammenzuführen und zu analysieren. Dies war unproblematisch, solange die Daten auf Papier in den unterschiedlichsten Formaten ankamen. Seit Einführung des GSG müssen diese Daten jedoch gemäß den §§ 82, 87 und 295 SGB V datentechnisch in zwei Blöcke getrennt werden. Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass die Vertragsärzte den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen Datensätze mit Name, Anschrift, Krankenkasse, erbrachten Leistungen und Diagnose liefern. Dort werden die Datensätze aggregiert und quartalsweise an die jeweiligen Krankenkassen weitergeleitet. Allerdings werden die Datensätze so getrennt, dass die Kassen nicht in der Lage sind, Diagnosen und Leistungen einem einzelnen Versicherten zuzuordnen.²⁵¹ Im stationären Bereich sind die Krankenhäuser gemäß § 301 SGB V verpflichtet, den Krankenkassen die abrechnungsrelevanten Daten auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln. Diese Vorgabe haben aber, aufgrund technischer Schwierigkeiten, bisher nur die wenigsten Krankenhäuser umgesetzt. Gleichzeitig hält sich der Druck seitens der Krankenkassen in Grenzen, da die Mehrzahl der Krankenkassen selbst nicht in der Lage ist, die angelieferten Daten zu verarbeiten. Im pharmazeutischen Sektor ist die Datentechnik am weitesten fortgeschritten. Alle Rezepte werden von den Apotheken in maschinenlesbarer Form beschriftet, von regionalen Apothekenrechnungszentren gesammelt und als Datei an die Kassen übertragen. Über die Pharmazentralnummer ist eine eindeutige Zuordnung der verordneten Medikamente möglich. Somit können die Daten vollautomatisch ausgewertet werden. Die Auswertung ist jedoch nur von begrenztem Nutzen, da die wichtige Verbindung zwischen Diagnose und Therapie des niedergelassenen Arztes mit den verschriebenen Medikamenten nicht hergestellt werden kann. Es werden demnach eine Vielzahl von Daten in unterschiedlicher Qualität bei unterschiedlichen Institutionen erhoben. Wäre generell eine Zusammenführung dieser Daten technisch möglich, dürfte dieses

²⁵¹ Dieses ist zwar immer die Forderung der Krankenkassen, für eine Behandlungsoptimierung reicht allerdings auch die anonymisierte - aber die gesamte Behandlung umfassende - Dokumentation.

aus datenschutzrechtlichen Gründen ebenfalls nicht umgesetzt werden. Eine Verknüpfung der Daten wäre nämlich nur in Ausnahmefällen im Rahmen von Routine- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder von epidemiologischen Studien möglich. Routineprüfungen finden allerdings nur bei 2% aller Ärzte, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur bei begründetem Verdacht eines Verstoßes statt.²⁵² So ist es also kaum verwunderlich, dass krankheitsbezogene Daten über alle Sektoren hinweg fehlen und damit auch für die Steuerung des Gesundheitssystems relevante Daten verloren gehen.

Die fehlende Ausrichtung der Prozesskette auf den Kunden (aufgrund der vorgenannten Punkte) und die damit verbundene unkoordinierte Behandlung ist ein wesentlicher - wenn nicht der wesentlichste - Schwachpunkt im derzeitigen GKV-System. Ein solches System versucht jeweils in den einzelnen Segmenten Einsparungen zu erzielen, während eine prozessorientierte Sichtweise die Krankheit der Patienten als wichtigster Kostentreiber sieht. Bei letzterer Betrachtungsweise würde zwangsläufig auch der Fokus des Systems auf die chronisch Kranken gelegt werden. Man würde bei diesem Personenkreis - analog der klassischen Kostenrechnung - von A-Kunden sprechen, weil dort der meiste „Umsatz“ erwirtschaftet wird und zugleich auch die höchsten Gewinnchancen bestehen. Im sektororientierten System werden die chronisch Kranken aber als C-Kunden behandelt (von Krankenkassen wie auch Leistungserbringern) und zwischen den Sektoren hin- und hergeschoben.

Insgesamt haben die gesetzlichen Veränderungen durch das 2. NOG, die Gesundheitsreform 2000 und die Einführung von Disease Management-Programmen zu einer erheblichen Dynamik in der Branche geführt und vielen Marktteilnehmern ist klar, dass es auch keine sinnvollen Alternativen zu einer integrierten Versorgung gibt.

²⁵² Vgl. Szathmary (1999) S. 347 ff.

3.3. SWOT-Analyse: Stärken/Schwächen - Chancen/Risiken

Mit Hilfe der SWOT-Analyse (Strengths/Weaknesses - Opportunities/Threats) soll beurteilt werden können, inwieweit und auf welche Weise das GKV-System mit den vorhandenen Ressourcen in der Lage ist auf zu erwartende Umweltveränderungen zu reagieren.²⁵³ Hierzu werden einerseits die internen Stärken und Schwächen des GKV-Systems analysiert und andererseits die in der Umwelt des Systems liegenden Einflussfaktoren als Chance oder Risiko eingeschätzt. Den Abschluss der SWOT-Analyse bildet eine Zusammenfassung der zuvor dokumentierten Punkte im Rahmen der Formulierung von strategischen Erfolgsfaktoren für das GKV-System.

3.3.1. Benchmarkparameter zur Einordnung der Stärken und Schwächen

Für die Übertragung der SWOT-Analyse von der Unternehmensebene auf eine gesamte Branche liegen allerdings noch keine Erfahrungswerte vor. Vor allem fehlt es bei der Einordnung der Stärken und Schwächen der Branche an einer möglichen Vergleichbarkeit mit dem besten bzw. wichtigsten Wettbewerber (Benchmarkparameter). Es handelt sich bei der GKV ja nicht um ein Unternehmen, das innerhalb einer Branche Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten erzielen möchte. Naheliegend wäre aber die Einordnung der Stärken und Schwächen im Vergleich mit anderen nationalen Gesundheitssystemen. Allerdings stößt diese Möglichkeiten ebenfalls schnell auf unüberwindbare Hindernisse, da die Ausgestaltung der einzelnen Gesundheitssysteme und vor allem die Dokumentation der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in den Ländern sehr differenziert vorgenommen wird. Die Aussagekraft solcher Vergleiche ist deshalb begrenzt.²⁵⁴

Da die Stärken und Schwächen der GKV-Branche aber trotzdem anhand von bestimmten Benchmarkparametern einzuschätzen sind, wird im folgenden Kapitel

²⁵³ Vgl. Abplanalp, Lombriser (2000) S. 65

²⁵⁴ Vgl. Arnold (1995) S. 716

hierzu eine Hilfsgröße erarbeitet, die sich aus den folgenden Faktoren zusammengesetzt:

- Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung von Gesundheitssystemen
- Grundsätzliche gesetzliche Regelungen, Gutachten und sozialpolitische Programme zur Gestaltung des GKV-Systems

3.3.1.1. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung von Gesundheitssystemen

Inhalt vieler wissenschaftlicher Untersuchungen und Publikationen zur Gesundheitssystemforschung ist immer wieder die Frage, ob das Gesundheitssystem eher nach den Grundsätzen der Marktwirtschaft oder einer staatlichen Planwirtschaft gestaltet werden soll.²⁵⁵

Wagt man einen Blick über die Grenzen und betrachtet andere nationale Gesundheitssysteme, so findet man ein rein marktwirtschaftliches System ohne staatliche Regulierungen genauso wenig wie ein System ohne Marktwirtschaft mit ausschließlicher Steuerung durch den Staat. In der Vergangenheit war beispielsweise der National Health Service in England der Inbegriff eines staatlich regulierten Gesundheitssystems. Doch auch hier sind mittlerweile marktwirtschaftliche Prozesse etabliert indem z.B. Primary Care Groups²⁵⁶, organisiert als selbstständige Körperschaften, selbst Versorgungsverträge abschließen können. Sie verwalten dann etwa 80% der Gesundheitsleistungen und können evtl. erzielte Budgetüberschüsse einbehalten oder im Netzwerk reinvestieren.²⁵⁷

Das als extrem marktwirtschaftlich geltende Gesundheitssystem der USA hingegen enthält durchaus auch steuernde Regelungen durch den Staat. So sind z.B. knapp 25% der Amerikaner in den staatlich organisierten und durchgeführten Versicherungssystemen Medicare und Medicaid versichert.²⁵⁸

²⁵⁵ Vgl. Schulenburg (2000); Breyer, Zweifel (1997); Hajen, Paetow, Schumacher (2000); Rachold (2000)

²⁵⁶ Netzwerke von ca. 50 Hausarztpraxen, die für die Versorgung von etwa 250.000 Menschen zuständig sind; Vgl. Böcken, Butzlaff, Esche (2000) S. 64

²⁵⁷ Vgl. Böcken, Butzlaff, Esche (2000) S. 64 f.

²⁵⁸ Vgl. Böcken, Butzlaff, Esche (2000) S. 110 f.

Mit mehr Markt oder mehr Staat ist demnach immer nur gemeint, mit welcher Intensität der Wettbewerb als Steuerungsinstrument für Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen eingespannt wird. Generell könnte man hierzu den Standpunkt vertreten, dass es eigentlich auch bei der Leistungserstellung und der anschließenden Konsumption der Leistungen durch die Versicherten - wie in anderen Bereichen der Wirtschaft - um die Produktion und den Umsatz von Gütern geht. Naheliegender wäre es deshalb auch im Gesundheitssystem den Wettbewerb sehr viel stärker für die Steuerung von Angebot und Nachfrage in den Vordergrund zu stellen. Erstaunlicherweise geschieht dieses neben der GKV auch in den meisten anderen Ländern nur sehr eingeschränkt, so dass man sich fragen muss, ob es bei der Gestaltung von Gesundheitssystemen Besonderheiten gibt, die dieses verbieten.²⁵⁹

In der Literatur werden diese Abweichungen vom Wettbewerbsprinzip im allgemeinen damit begründet, dass Gesundheitsgüter tatsächlich besondere Güter seien, bei denen Wettbewerb zu einem Marktversagen führt, d.h. das Marktgleichgewicht in einem Wettbewerbsmodell keine pareto-optimale Allokation herstellen wird. Unter einer pareto-optimalen Allokation wird dabei ein Zustand verstanden, bei der es nicht mehr möglich ist durch Umstrukturierungen mindestens eine Person besser zu stellen ohne eine andere schlechter zu stellen. Es werden alle Ressourcen dort hin gelenkt, wo sie in ihrer Gesamtheit den größten Nutzen bringen.²⁶⁰

Zur Überprüfung der Aussage, ob Gesundheitsgüter tatsächlich „besondere“ Güter sind wo eine Marktsteuerung kein Pareto-Optimum bringen wird, kann die Volkswirtschaftslehre und hier insbesondere die Wohlfahrtstheorie weiterhelfen: Hiernach ist bei Abwesenheit von externen Effekten und öffentlichen Gütern jedes Gleichgewicht bei vollkommener Konkurrenz ein Pareto-Optimum. Da der Nachweis des Pareto-Optimums als das wichtigste Kriterium zur Beurteilung der Effizienz von Wirtschaftssystemen betrachtet werden kann, soll dessen mögliche Erreichung auch für die GKV-Branche als Maßstab dienen.²⁶¹ Demzufolge wird ein Gesundheitssystem immer dann durch möglichst freien Wettbewerb zwischen den

²⁵⁹ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000) S. 37

²⁶⁰ Vgl. Breyer, Zweifel (1997) S. 151

²⁶¹ Vgl. Breyer, Zweifel (1997) S. 151 f.; Hajen, Paetow, Schumacher (2000), S. 39

Marktteilnehmern ein Pareto-Optimum erreichen, wenn die Kriterien eines vollkommenen Marktes erfüllt sind und externe Effekte bzw. öffentliche Güter nicht vorhanden sind. An den Stellen wo diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, bedarf es staatlicher Eingriffe zur Korrektur. Im Umkehrschluss sollten sich staatliche Eingriffe aber auch auf diese notwendigen Korrekturen beschränken.

Externe Effekte und öffentliche Güter in der GKV:

Externe Effekte (Externalitäten) treten grundsätzlich dann auf, wenn mit der Produktion oder der Konsumtion von Gütern Nachteile oder Vorteile für Dritte verbunden sind, die nicht in den Kauf-, Produktions- und Verkaufsentscheidungen der unmittelbar Betroffenen berücksichtigt werden und deshalb Preisbildung und Marktgleichgewicht auch nicht beeinflussen. Man unterscheidet grundsätzlich zwischen negativen und positiven externen Effekten. Im ersten Fall gehen bestimmte Kosten nicht in die Marktbeziehung ein. Es wird vom betroffenen Gut demzufolge mehr nachgefragt, als man dies unter Berücksichtigung aller Kosten (also inklusive der externen Kosten) tun würde.²⁶² Der Konsument kann somit einen Teil der Kosten auf die Gesellschaft abwälzen.

Im zweiten Fall wird ein Teil des entstehenden Nutzens in der Kaufentscheidung nicht berücksichtigt. Es wird demnach zuwenig nachgefragt, weil nur der individuelle nicht aber der Nutzen für Dritte (externer Nutzen), der durch den Kauf entsteht, in der Kaufentscheidung Berücksichtigung findet.²⁶³ Den Extremfall eines positiven externen Effektes stellen die öffentlichen Güter dar. Für diese Güter gilt das sogenannte Ausschlussprinzip, d.h. wenn das Gut erst einmal produziert ist, kann grundsätzlich niemand von der Nutzung des Gutes ausgeschlossen werden, auch wenn man sich nicht an dessen Finanzierung beteiligt hat. So kann der Schutz eines Deiches von grundsätzlich jeden genutzt werden, unabhängig davon wer ihn finanziert hat. Würde man sich rein in wettbewerblichen Marktstrukturen bewegen, würde im Falle des Deichbaues die Produktion unterbleiben, da die individuelle Zahlungsbereitschaft der Menschen in der Summe zu gering für den Bau wäre.²⁶⁴

²⁶² Ein Beispiel für negative externe Effekte sind Umweltschädigungen, die im Kaufpreis eines Gutes nicht einberechnet sind.

²⁶³ Ein Beispiel für positive externe Effekte ist der Anbau eines Waldes. Neben dem Erholungswert werden gleichzeitig auch positive Effekte für das Klima erreicht.

²⁶⁴ Vgl. Hajen, Paetow, Schumacher (2000) S. 48 ff.

Daher sind staatliche Regelungen erforderlich, um die bei negativen externen Effekten auf die Allgemeinheit abgewälzten Kosten dem Verursacher zurechnen zu können. Bei positiven externen Effekten und gerade bei öffentlichen Gütern kann sogar der Staat selbst die Produktion übernehmen oder sie durch Subventionen fördern, damit diese Investitionen nicht unterbleiben.

Im Gesundheitswesen findet man in erster Linie positive externe Effekte bzw. öffentliche Güter. So schützt beispielsweise eine Impfung zum einen die geimpfte Person (hier A genannt) vor einer ansteckenden Krankheit. Zum anderen werden dadurch auch alle anderen Menschen (hier B genannt) geschützt, die mit A in Kontakt treten, da sie sich von A nicht mehr anstecken können. Der Nutzen durch die Impfung geht also über den reinen individuellen Schutz des A hinaus. Trotzdem würde sich B für diesen externen Nutzen (er kann sich von A nicht anstecken) auf freiwilliger Basis wahrscheinlich nicht an den entstandenen Kosten für A beteiligen und A müsste diese alleine tragen, wenn die GKV nicht die Kosten der Impfungen übernehmen würde. Dieses Beispiel zeigt bereits, dass im Gesundheitswesen einige positive externe Effekte bzw. öffentliche Güter vorhanden sind, die einer staatlichen Regulierung bedürfen.

Verletzungen des vollkommenen Marktes in der GKV

In einem vollkommenen Markt wählt der Nachfrager unter den angebotenen homogenen Gütern stets das Produkt mit dem geringsten Preis. Also werden alle Produzenten zu diesem Preis anbieten, da sie ansonsten aus dem Markt verdrängt werden. Im Markt bewegen sich zahlreiche Anbieter und Nachfrager, die sich gegenseitig nicht beeinflussen können. Außerdem ist der Marktzugang wie auch der Austritt frei, alle Marktteilnehmer sind souverän, d.h. sie verfügen ständig über alle Marktinformationen für deren Erhalt ihnen keine Kosten entstehen.²⁶⁵

Wie in Kap. 2 geschildert findet man eine solche Situation im GKV-System nicht vor. Die Marktteilnehmer sind eben nicht souverän und umfassend informiert. Sie sind derzeit in weiten Teilen auch nicht in der Lage rationale Entscheidungen zu treffen. Die Begründung hierzu liegt in den folgenden Punkten:

- Gesundheitsleistungen sind *Dienstleistungen* und darüber hinaus klassische *Credenced Goods*:

Eine generelle Besonderheit beim Kauf von Dienstleistungen ist der Sachverhalt, dass der Anbieter eine Leistung zu vermarkten hat, die zum Zeitpunkt des Kaufabschlusses noch gar nicht vorliegt. Sachleistungen sind hingegen im Regelfall vorproduziert, so dass sich ein potentieller Kunde anhand des vorliegenden Produktes ein Bild über dessen Eigenschaften machen kann. Sicherlich ist es auch hier nicht immer möglich, sich ein vollständiges Bild zu verschaffen, jedoch liegen konkrete Ansatzpunkte vor. Bei Dienstleistungen hingegen kann der Anbieter lediglich ein Potential bereitstellen, das sich im Bedarfsfall des Kunden mehr oder weniger gut nutzen lässt. Kommt es zwischen Anbieter und Nachfrager zum Kaufabschluss, so muss der Anbieter die Erstellung einer Leistung zusichern. Beim Absatz von Dienstleistungen geht es daher genau genommen um den Absatz eines Leistungsversprechens, auf das der Kunde vertrauen muss. Es liegt somit im Dienstleistungsbereich generell ein hoher Anteil von Vertrauens- und ein eher geringer Anteil von Prüf- und Erfahrungsqualität vor.²⁶⁶ Der Anteil der Vertrauensqualität ist im Gesundheitswesen allerdings besonders hoch, da es sich zusätzlich um sogenannte Credenced Goods handelt. Diese liegen immer dann vor, wenn der Nachfrager die Qualität der Dienstleistungen erst mit großer zeitlicher Verzögerung oder auch gar nicht feststellen kann. Hierunter fallen z.B. auch die Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln oder Aktienfonds.²⁶⁷

- Im Gesundheitswesen besteht oftmals eine *Principal-Agent-Beziehung* zwischen Arzt und Versicherten:
Der Auftraggeber (Prinzipal) überträgt in einer solchen Beziehung einem Agenten die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben. Er kann dabei aber nicht genau kontrollieren mit welcher Energie und Zielstrebigkeit der Agent diese Interessen vertritt.²⁶⁸ Im Gesundheitswesen lassen sich die Arzt-Patienten-Beziehungen oftmals als klassische Principal-Agent-Beziehung beschreiben, da der Arzt grundsätzlich über einen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten verfügt, der ihn auch größtenteils Form und Ausmaß der Behandlung bestimmen lässt und den Patienten in eine eher passive Rolle drängt.
- Versicherungsgüter haben einen *stochastischen Charakter*:

²⁶⁵ Vgl. Breyer, Zweifel (1997) S. 158

²⁶⁶ Vgl. Weis (1995) S. 53

²⁶⁷ Vgl. Hafen, Paetow, Schumacher (2000) S. 52

²⁶⁸ Vgl. Güntert (1999) S. 172; Hafen, Paetow, Schumacher (2000) S. 52 f.

Generell wird davon ausgegangen, dass ein Großteil der Ausgaben für Krankheit erst im Alter entstehen wird. Ohne entsprechende Krankenversicherung, die diese zukünftigen Risiken trägt, könnten die im Alter anfallenden Kosten nicht mehr mit dem dann zur Verfügung stehenden laufenden Einkommen gedeckt werden. Allerdings schätzen viele Menschen ihren zukünftigen Konsum in der Regel geringer ein als den aktuellen mit der Folge, dass eine entsprechende Absicherung oftmals unterbleiben wird.²⁶⁹

Staatliche Eingriffe aus Gerechtigkeitsgründen:

Neben den bisher aufgeführten Gründen (Vorliegen externer Effekte bzw. öffentlicher Güter und der Nichterfüllung der Voraussetzungen des vollkommenen Marktes durch die fehlende Rationalität bei der Entscheidungsfindung der Versicherten) wird oftmals noch die Gerechtigkeit als Begründung für staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen genannt. Vor allem die unterschiedlichen und durch die Natur vorgegebenen Startchancen (Vorerkrankungen, Behinderungen) würden bei einem rein wettbewerbsorientierten System zu stark unterschiedlichen Kostenbelastungen für die Menschen führen. Im allgemeinen wird dieses als ungerecht empfunden und verlangt demzufolge ebenfalls nach staatlichen Eingriffen.

Fazit:

Innerhalb des Gesundheitssystems sind positive externe Effekte bzw. öffentliche Güter vorhanden, die Voraussetzungen des vollkommenen Marktes werden verletzt und ferner sprechen Gerechtigkeitsgründe für staatliche Regulierungen in der GKV. Jedoch findet man einen vollkommenen Markt ohne externe Effekte und soziale Ungerechtigkeiten auch nur in theoretischen Modellen. In der Praxis ist dieses aber in kaum einem Markt erfüllt und es handelt sich deshalb auch nicht um ein besonderes Phänomen des Gesundheitswesens. Oftmals fallen erhebliche Kosten für die Informationsbeschaffung sowie für Verhandlungs- und Entscheidungsvorbereitungen an und in vielen Fällen sind die Informationen darüber hinaus asymmetrisch - in der Regel zu Ungunsten des Nachfragers - verteilt. Trotzdem käme in diesen Branchen niemand auf die Idee, die gesamten Marktprozesse unter eine staatliche Steuerung zu stellen.

²⁶⁹ Solche Güter werden in der Literatur als paternalistische Güter bezeichnet

Festzustellen ist allerdings, dass die Informationsasymmetrien und die Intransparenz des Marktes hier besonders stark ausgeprägt sind. Trotzdem können diese Argumente nicht den derzeit hohen staatlichen Regulierungsgrad in der GKV rechtfertigen. Denn durch gesetzliche Regelungen zur Wahrung einer Mindestqualität der Gesundheitsleistungen (durch den Aufbau von Qualitätssicherungssystemen) und durch eine Erhöhung der Transparenz bezüglich der Outcomes und Kosten von Gesundheitsleistungen werden die Marktteilnehmer (Versicherte, Leistungserbringer, Kostenträger, Staat) in die Lage versetzt, ausreichend informiert zu entscheiden. Die Verletzungen des vollkommenen Marktes können damit zumindest auf das Maß anderer Branchen reduziert werden. Könnte eine solche Situation realisiert werden, sind Eingriffe des Staates nur noch zur Abfederung der externen Effekte bzw. zur Behebung grober sozialer Ungerechtigkeiten notwendig. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass mit folgenden staatlichen Regulierungen die Voraussetzungen für einen höheren Wettbewerbsgrad im Gesundheitssystem geschaffen werden können.²⁷⁰

- Gesetzliche Versicherungspflicht für einen Großteil der Bevölkerung und umfassender Leistungskatalog
- Subventionierung der Versicherungsprämien für Bedürftige bzw. solidarische Gestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems
- Kontrahierungszwang der Krankenkassen bezüglich der Versicherten und Risikoausgleich zwischen den Kassen
- Verbot, die Beiträge vom Gesundheitszustand abhängig zu machen
- Sicherung einer Mindestqualität der Gesundheitsleistungen durch den Aufbau von Qualitätssicherungssystemen²⁷¹
- Gesetzliche Regelungen zur Erhöhung der Transparenz bezüglich Outcomes und Kosten von Gesundheitsleistungen²⁷²

²⁷⁰ Von diesen Punkten geht auch überwiegend die gesundheitsökonomische Literatur aus; Vgl. z.B. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 53; Rachold (2000) 134 ff.; Breyer, Zweifel (1997) S. 156 ff.; Igl, Naegele (1999) S. 16

²⁷¹ Hajen und Schumacher meinen hierzu, dass eine in bestimmten Abständen erforderliche Re-Approbation einen höheren Schutz der Qualität beinhalten würde; Vgl. Hajen, Schumacher (2000) S. 59

²⁷² In realen Märkten herrscht niemals eine vollständige Transparenz für die Nachfrager. Da diese Intransparenz im Gesundheitswesen besonders ausgeprägt sei und auch eine höhere Transparenz das Problem nicht vollständig beheben könne, schlägt Hajen die Übernahme wirtschaftlicher Verantwortung der Leistungserbringer als zusätzliche Maßnahme vor; Vgl. Hajen, Schumacher (2000), S. 57; Breyer und Zweifel bestätigen, dass vor allem bei Kranken kaum eine neutrale

Ein weiterer wichtiger Grund für die generell angenommene Überlegenheit einer stärkeren Steuerung durch den Markt liegt darin begründet (und einige Fachleute sehen hierin sogar den entscheidenden Vorteil), dass die Marktteilnehmer ständig auf der Suche nach verbesserten Lösungen für den Kunden sind, um weiterhin am Markt bestehen zu können. Es entstehen also laufende und dynamische Weiterentwicklungs- und Erneuerungsprozesse. Wettbewerb ist demzufolge in erster Linie ein Such- und Entdeckungsverfahren, in dem alle Akteure darum bemüht sind, durch eine ständige Verbesserung Vorteile gegenüber der Konkurrenz zu erlangen.²⁷³

Um diesen Weiterentwicklungsprozess im Markt zu erhalten, müssen die Marktteilnehmer in einer Wettbewerbssituation zueinander stehen. Das heißt aber nicht, dass (wie im theoretischen Modell des vollkommenen Marktes beschrieben) immer eine Vielzahl unabhängiger Anbieter und Nachfrager aufeinandertreffen müssen. Ganz im Gegenteil: Oftmals ist das Innovationstempo in Oligopolmärkten höher als in Märkten mit vielen kleinen Anbietern.²⁷⁴

Übertragen auf das Gesundheitssystem würde ein wettbewerbsintensives System die Marktteilnehmer zu einer ständigen Verbesserung ihrer Leistungen für den Versicherten zwingen, um selbst als Anbieter im Markt zu verbleiben. Im Gegensatz dazu haben die Marktteilnehmer in einem stärker staatlich regulierten Gesundheitswesen kaum Interesse an einer ständigen Produktverbesserung für den Kunden. Weil darüber hinaus die Marktleistung einzelner Marktteilnehmer kaum Einfluss auf die eigene Marktsituation hat, geht der dynamische Suchprozess nach Leistungsverbesserungen und die Ausrichtung auf die Kundenbedürfnisse verloren.

Entscheidungsfindung gewährleistet sei. Allerdings könne für gesunde Versicherte durchaus eine Situation geschaffen werden, so dass sie sich zwischen unterschiedlichen Versicherungspaketen oder kompletten Versorgungssystemen entscheiden können; Vgl. Breyer, Zweifel (1997), S. 433

²⁷³ Vgl. Igl, Naegele (1999) S. 15

²⁷⁴ Bereits 1994 stellte der Sachverständigenrat aber fest, dass korporatistische Verbände mit Zwangsgliedschaft tendenziell innovationshemmend seien; SVRKAiG (1994) S. 211

3.3.1.2. Grundlegende gesetzliche Regelungen und sozialpolitische Parteiprogramme zur Gestaltung des GKV-Systems

Neben den bisher beschriebenen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollen auch die grundlegenden gesetzlichen Regelungen des SGB V, Gutachten des Sachverständigenrates sowie die Aussagen der sozialpolitischen Programme von CDU und SPD bei der Erarbeitung der Benchmarkparameter Berücksichtigung finden.²⁷⁵

Im folgenden werden die Kernaussagen in fünf Punkten zusammengefasst:

1. Die Versicherten der GKV sollen langfristig Gewissheit haben, dass eine eintretende Krankheit niemals zu einer existenzbedrohenden finanziellen Belastung führen wird: Hier wird vor allem § 1 SGB V angesprochen, wo die Leistungsinhalte der GKV (Gesundheitserhaltung, -wiederherstellung und -verbesserung) genannt werden aber auch darauf hingewiesen wird, dass die Versicherten für ihre Gesundheit Mitverantwortung tragen. Insgesamt finden sich diese Aussagen auch in den Parteiprogrammen wieder: Bei der SPD wird z.B. „von der Garantie der sozialen Sicherheit gegenüber den wichtigen Lebensbereichen“ gesprochen. Im CDU-Papier heißt es, dass „der Grundgedanke der Solidarität verlangt, dass die Krankenversicherung für die Risiken aufkommen muss, die der Einzelne nicht tragen kann.“
2. Weiterhin sollen im Bedarfsfall Leistungen nach dem letzten Stand des medizinischen Wissens erbracht werden: Vom allgemein anerkannten Stand der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung des technischen Fortschrittes wird in § 2 Abs. 1 SGB V gesprochen. In den Formulierungen der Parteiprogramme wird relativ einheitlich von einer Behandlung geschrieben, die dem Stand der jeweiligen medizinischen Wissenschaft entsprechen soll und, dass der medizinische Fortschritt für die gesamte Bevölkerung zugänglich sein muss.
3. Die Leistungen sollen in ausreichender Form, wirtschaftlich und zweckmäßig erbracht werden und nur in medizinisch notwendigem Umfang in Anspruch

²⁷⁵ Bei den Parteiprogrammen handelt es sich um folgende Quellen: Paquet, R. (2002) S. 279 ff.; Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 5. Dezember 2001 in Berlin

genommen werden: Diese Regelungen finden sich in den §§ 2 und 12 SGB V wieder und sind für die Leistungserbringung innerhalb der GKV die entscheidenden Formulierungen überhaupt. Denn die konkrete Umsetzung dieser Formulierungen würde bereits sehr viel zu einer effizienten Versorgung beitragen.²⁷⁶ Der Nachteil des Gesetzestextes ist leider die allzu schwammige Formulierung und das Fehlen konkreter Beispiele was eine „ausreichende Form“, eine „wirtschaftliche Erbringung“ und die Begrenzung auf das „medizinisch Notwendige“ bedeutet.²⁷⁷ Der Sachverständigenrat hat im Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 2000/2001 zum ersten Mal eine genauere Definition der Begriffe „Bedarfsfall“ und „Wirtschaftlichkeit“ vorgenommen. Demnach handelt es sich um einen Bedarfsfall, wenn dem subjektiven Bedarf eines Versicherten ein professionell oder wissenschaftlich bestätigter objektiver Bedarf gegenübersteht (die objektive Feststellung einer Krankheit). Gleichzeitig müssen als drittes Element geeignete Verfahren vorhanden sein, um die Krankheit aussichtsreich und zu vertretbaren Risiken zu behandeln. Im Alltag entscheidet in der Regel der behandelnde Arzt, wann diese Kriterien erfüllt sind. Er trifft eine zusammenfassende Beurteilung dessen, was er im Sinne des Gesetzes als notwendig, ausreichend und zweckmäßig erachtet.²⁷⁸ Diese Konstellation kennzeichnet damit zugleich die Notwendigkeit, um über Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme eine Situation zu schaffen, die ein effizientes Verhalten auf individueller Ebene fördert und damit auch der Branche insgesamt zu einer höheren Effizienz verhilft. Beide Parteien wollen hierzu

²⁷⁶ Die bedarfsgerechte Behandlung verfolgt zugleich die Philosophie, das Gesundheitswesen überwiegend über die Menge der zu erbringenden Leistungen und nicht über deren Preise zu steuern. Der Erfolg hängt demnach vereinfacht ausgedrückt nicht davon ab, wie viel ein Arzneimittel kostet, sondern ob die Versorgung mit diesem Mittel im individuellen Fall unter Effizienzgesichtspunkten notwendig war.

²⁷⁷ Derzeit ist es zum großen Teil Aufgabe des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen einzelne medizinische Behandlungsverfahren zu beurteilen und über die Aufnahme bzw. den Ausschluss aus dem Leistungskatalog der GKV zu bestimmen. Ferner soll durch zu erarbeitende Richtlinien dieses Gremiums eine Detaillierung der bedarfsgerechten Versorgung erreicht werden (z.B. Arzneimittelrichtlinien).

²⁷⁸ Eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung, ist demnach eine bedarfsgerechte Behandlung. Wird bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen Nutzens diejenige mit der besten Nutzen-Kosten-Relation eingesetzt spricht man von einer wirtschaftlichen Versorgung. Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus wird als Überversorgung bezeichnet. Dies sind nicht indizierte Leistungen, Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (medizinische Überversorgung) oder Leistungen mit nur geringem Nutzen, welche die Kosten nicht rechtfertigen bzw. in ineffizienter und unwirtschaftlicher Form erbracht werden (ökonomische Überversorgung); Vgl. SVRKAiG (2000/2001c) S. 28 ff.

den Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stärker in den Vordergrund stellen. So heißt es im Wahlprogramm 2002-2006 der CDU: "Wir wollen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensivieren, [...] die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erweitern." Die SPD spricht in ihrem Wahlprogramm 2002-2006 ebenfalls von einem erweiterten Vertragswettbewerb, wonach Ärztgruppen mit Krankenkassen durchaus auch Einzelverträge abschließen können. Auch Gesundheitsministerin U. Schmidt (SPD) spricht in ihren Reformvorschlägen für die Zeit nach den Bundestagswahlen im September 2002 davon "jedem Arzt und jeder Ärztin selbst das Recht einzuräumen, mit den gesetzlichen Kassen Verträge über Leistungen abzuschließen. Oder anders gesagt: Das Geld der Beitragszahler muss der medizinischen Leistung folgen und nicht dem kleinsten gemeinsamen Nenner einer regionalen KV [...] mein Reformansatz lässt sich auf die Formel bringen: Qualität sichern - Wirtschaftlichkeit stärken. Das System muss so optimiert werden, dass Fehler, wie Unterversorgung, aber auch Überversorgung vermieden werden [...] Ich bin überzeugt, das Gesundheitswesen kann auch im solidarischen Rahmen sehr viel stärker wettbewerbsorientiert sein." Außerdem weist die Gesundheitsministerin vor allem auf die Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung durch eine Stärkung der integrierten Versorgung hin, die zukünftig ebenfalls sehr viel stärker im Vordergrund stehen soll. Gleiches bestätigt der Sachverständigenrat im bereits genannten Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung, wo er explizit auf die derzeit fehlende Verzahnung der Behandlungssektoren hinweist.²⁷⁹ Insgesamt wird aber auch deutlich, dass die Parteiprogramme als auch die Gutachten des Sachverständigenrates nicht den völlig freien Wettbewerb ohne staatliche Regulierungen favorisieren, da ein solcher unweigerlich zu Marktversagen im Gesundheitswesen führen würde.

4. Die Beiträge zur GKV sollen solidarisch finanziert werden: Neben der Regelung in § 3 SGB V findet sich der Begriff der solidarischen Finanzierung auch in beiden Parteiprogrammen wieder, obwohl „solidarisch“ durchaus unterschiedlich interpretiert wird. So spricht die SPD „von der dringenden Erhaltung der Solidargemeinschaft“ und von „der Ablehnung gegenüber der Privatisierung von elementaren Lebensbereichen“. Weitere Selbstbeteiligun-

²⁷⁹ Vgl. SVRKAiG (2000/2001c) S. 231 ff.

gen der Versicherten werden abgelehnt. Dagegen wird im CDU-Papier eine Trennung in Grund- und Wahlleistungen erwähnt, wobei sich die GKV als Kernleistung auf die medizinisch notwendigen Leistungen beschränken sollte (eigentlich ist dieses bereits in § 12 SGB V klargestellt). Grundsätzlich soll aber der soziale Ausgleich zwischen jung und alt, gesunden und kranken Menschen, Beziehern niedriger und hoher Einkommen und zwischen Alleinstehenden und Familien nicht zur Disposition stehen.

5. Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität: Die Beitragssatzstabilität ist seit Umsetzung des GSG ebenfalls gesetzlich geregelt (§ 71 SGB V). Hierzu äußerte sich der Sachverständigenrat bereits 1994: Demnach soll solange nicht auf dieses Element verzichtet werden, wie kein selbststeuerndes System zur Verfügung steht. Bis dahin ist die Beitragssatzstabilität weiterhin als Zielvorgabe für die GKV legitim. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist auch Konsens der politischen Programme und wird in der Regel durch den negativen Einfluss von Beitragssatzsteigerungen auf die Entwicklung der Lohnnebenkosten begründet.

3.3.1.3. Benchmarkparameter als Konsens aus Wissenschaft und Politik

Zur Bestimmung der Benchmarkparameter werden nun die Ergebnisse der Kap. 3.3.1.1 und 3.3.1.2 zu einem gemeinsamen Konsens zusammengefasst. Dieser Konsens ersetzt dann den besten bzw. wichtigsten Wettbewerber einer Branche, der beim Einsatz der SWOT-Analyse auf Unternehmensebene in der Regel für die Einschätzung der Stärken und Schwächen herangezogen wird.

Die Benchmarkparameter im Einzelnen:

- Ein Versorgungssystem muss auf einer gesetzlichen Pflichtversicherung basieren, die einen möglichst großen Bevölkerungsteil einschließt und solidarisch finanziert ist, bei begrenzter Eigenverantwortung der Versicherten.
- Der Leistungskatalog ist entsprechend umfassend gestaltet und deckt existenzbedrohende Risiken infolge von Krankheit ab.

- Risikoselektion der Krankenkassen (Ablehnung von Neuaufnahmeanträgen von Versicherten und Ausschlüsse von Versicherten) werden durch entsprechende gesetzliche Regelungen ausgeschlossen. Zugleich macht ein Risikoausgleich zwischen Krankenkassen die Risikoselektion möglichst uninteressant.
- Die langfristige Erhaltung der Beitragssatzstabilität des Gesundheitssystems ist zu beachten bis sich ein selbststeuerndes System etabliert hat.
- Es bestehen kontrollierbare Wettbewerbssituationen zwischen Krankenkassen und Ärzten (Ärztegruppen) um Versorgungsverträge als auch zwischen den Krankenkassen um Versicherte, damit die Leistungserbringung möglichst effizient, d.h. auf der richtigen Versorgungsstufe sowie in geeigneter Menge und Qualität erfolgt. Die integrierte Versorgung erscheint hierzu die erfolgsversprechendste Organisationsform zu sein.
- Notwendige Voraussetzung für die Realisierung eines höheren Wettbewerbsgrades im GKV-System ist die Sicherung einer Mindestqualität von Gesundheitsleistungen durch den Aufbau eines Qualitätssicherungssystems, sowie die generelle Erhöhung der Entscheidungssicherheit der Marktteilnehmer durch eine Verbesserung der Transparenz bezüglich Outcomes und Kosten von Gesundheitsleistungen.

3.3.2. Einschätzung der Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen Chancen und Risiken für das GKV-System

Auf der Basis dieser Benchmarkparameter wird im folgenden das GKV-System auf Chancen und Risiken sowie Stärken und Schwächen eingeschätzt.

Chancen und Risiken für die GKV

	Chancen	Risiken
1.1 Demografische Alterung der Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Die nachfolgenden Kohorte sind jeweils gesünder als die vorhergehenden Kohorten - Gesundheitskosten sind stark abhängig von der Nähe zum Tod 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zahl älterer Menschen steigt in Deutschland stark an und ältere Menschen kosten tendenziell mehr als junge Menschen - Chronische altersbedingte Krankheiten nehmen zu - Durch das Ansteigen des Rentnerquotienten stehen geringere Beitragseinnahmen zur Verfügung
1.2 Medizinisch-technischer Fortschritt	<ul style="list-style-type: none"> - Innovationen sind der Motor für ständige Qualitätsverbesserungen - Prozessinnovationen können durchaus auch kostensenkend wirken 	<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen für die Marktteilnehmer Anreize Prozess- gegenüber Produktinnovationen (Add-On-Technologien) zu vernachlässigen - Die Effektivität und Effizienz vieler technischer Verfahren ist ungeklärt
1.3 Die Organisations- und Managemententwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Organisations- und Managemententwicklungen führen in der Regel zu einer effizienteren Arbeitsweise 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisations- und Managementinnovationen werden oftmals nur auf gesetzliche Regelungen hin umgesetzt (Erfolgreicher sind Projekte die eigeninitiativ aufgrund von Wettbewerbssituationen umgesetzt werden)
1.4 Die gesellschaftlichen Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es besteht weiterhin die Überzeugung, dass sozial Schwächeren geholfen werden muss (im Sinne einer gesetzlichen Krankenversicherung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Große Kollektive (wie die GKV) verfügen nur über eine geringe Selbststeuerung - Es besteht in großen Kollektiven die Gefahr der Ausnutzung durch Minderheiten (führt zu negativen Auswirkungen auf die Gesamtakzeptanz insgesamt)
1.5 Der Einfluss einer zunehmenden Internationalisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsaustausch durch Im- und Export fördert die Effizienzverbesserung - Verbesserte Kapazitätsauslastung durch Export möglich und damit Fixkostendegression - Es besteht eine größere Wahlmöglichkeit für die Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere Vergleichbarkeit der Qualität für den Verbraucher - Leistungserbringerkapazitäten müssen an neue Marktsituation angepasst werden, gesetzliche Quoten treffen nicht den Bedarf des Marktes
1.6 Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Hohes Wirtschaftswachstum bedeutet für die GKV auch zugleich hohe Einnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwaches Wirtschaftswachstum bedeutet für die GKV zusätzliche Belastungen, da die Einnahmen gegenüber den Ausgaben zurückbleiben

Stärken und Schwächen des GKV-Systems

	Stärken	Schwächen
2.1 Rivalität zwischen gesetzlichen Krankenkassen	<p>Gesetzliche Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prinzip der solidarischen Finanzierung ist durch mehrfache Ausgleiche ausreichend sichergestellt - Begrenzung der sozialen Mitverantwortung auf BBG und dadurch Akzeptanzstärkung bei den Besserverdienenden - Pflichtversicherung garantiert immer noch große Erreichbarkeit der Bevölkerung (vor allem bei den sozial Schwächeren) - Umfassender Leistungskatalog - Sachleistungsprinzip ist bequem und einfach für die Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> - Konzentration der Einnahmen auf Löhne und Gehälter als Berechnungsgrundlage - Bei höheren Einkommen (über BBG) erfolgt eine degressive Belastung - Möglichkeit für bestimmte Personenkreise (vor allem Besserverdienende) sich außerhalb der GKV zu versichern und damit negative Risikoselektion für die GKV - Übertragung von Leistungen auf die GKV mit fraglichem Zusammenhang zur Krankenversicherung (versicherungsfremde Leistungen) - Keine durchgängigen und einheitlichen Selbstbeteiligungsregelungen - Sachleistungsprinzip erschwert Transparenz für den Versicherten und fördert Moral Hazard sowie eine angebotsinduzierte Nachfrage

	Derzeitiger Wettbewerb der Krankenkassen inkl. RSA-Berücksichtigung	<ul style="list-style-type: none"> - Serviceleistungen der Krankenkassen haben sich zum Teil verbessert - Umstrukturierungen und Marktaustritte für unwirtschaftliche Kassen beginnen - Angleich der Beitragssätze innerhalb der großen Kassen durch den RSA 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationsform und Verwaltungsstruktur der Kassen hemmen Entwicklung zu Dienstleistern - Keine Möglichkeit der Leistungsdifferenzierung - Reduzierung des Wettbewerbs auf Marketing und Risikoselektion - Vorteile für BKKn durch mögliche Abschottung oder Marktöffnung - RSA-Parameter spiegeln Morbidität der Versicherten nur unzureichend wieder - Komplizierte Berechnungsweise des RSA fördert Intransparenz - Steigende Ausgleichsbeträge im RSA
2.2 Verhandlungsstärke der Leistungserbringer	Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die hohe Ärztedichte und der Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Behandlung garantiert eine ausreichende Behandlung auch in schwächer besiedelten Gebietsstrukturen - Keine Gefahr der medizinischen Unterversorgung wegen Einzelleistungsvergütung 	<ul style="list-style-type: none"> - Monopolsituation auf Seite der Kassenärztlichen Vereinigung bei Vertragsverhandlungen - Einzelleistungsvergütung fördert Leistungsausdehnung und in Verbindung mit der Budgetierung auch den Hamsterradeffekt - Keine Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten bei Vergütungszahlungen der Krankenkassen - Arzt entscheidet in der Regel über den Konsum von Gesundheitsleistungen aufgrund bestehender Informationsasymmetrien
	Stationäre Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Krankenhausdichte auch in schwach besiedelten Gebieten - Kaum Gefahr der Unterversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Duale Finanzierung und staatliche Bedarfsplanung setzen falsche Anreize - Marktaustritt ineffizienter Krankenhäuser eher selten
	Pharmazeutischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Patentschutz und Preisspannenverordnung ist die Forschung ausreichend gesichert - Hohe Forschungsaktivitäten garantieren Versorgung auf aktuellem Stand der Wissenschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Unübersichtlicher Arzneimittelmarkt (viele verschiedene Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff) - Hohe staatliche Regulierung (vor allem im Generikamarkt, Kostenentwicklung bei den Originalpräparaten wird außer Acht gelassen) - Zulassungsstelle prüft ausschließlich Qualität, Wirkung und Sicherheit. Effizienz spielt keine Rolle
2.3 Verhandlungsstärke der Versicherten	Krankenkassen- und Tarifwahlrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Umfassendes Wahlrecht fördert Selbstbestimmung der Versicherten - Vollversicherung ist umfangreich und sichert Krankheitsrisiko ausreichend ab 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Ausrichtung an den Bedürfnissen des Kunden möglich, da gesetzlich vorgeschriebener Einheitstarif
	Arztwahlrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Keine gesetzlich vorgeschriebene Einschränkung der Arztwahl bzw. keine Arztuteilung 	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierige Steuerungsmöglichkeit der Behandlung durch den Hausarzt - Gesicherte Entscheidungen für oder gegen eine Leistungsanspruchnahme durch den Versicherten kaum möglich
2.4 Bedrohung durch die privaten Krankenversicherer		<ul style="list-style-type: none"> - Privatwirtschaftliche Organisationsform und dadurch schnelleres Handeln möglich - Verschiedene Tarife stehen zur Auswahl 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung des Wettbewerbs auf Neukunden aus der GKV - Kein Vertragswettbewerb möglich
2.5 Bedrohung durch neue gesetzliche Krankenversicherer		<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Markteintrittsbarrieren und gesetzliche Regelungen, so dass nicht mit weiteren Marktteilnehmern gerechnet werden kann 	

2.6 Einflüsse durch Staat und Verbände	Staats- und Verbandsstrukturen im Gesundheitswesen	- Staat hat als übergeordneter Marktteilnehmer die Möglichkeit zur Steuerung aus Gesamtsystemsicht	- Starke und einflussreiche Stellung der Verbände mit starkem Hang zur Besitzstandswahrung - Starre politische Haltungen der Verbände verhindern oftmals Lösungen im Sinne des Versicherten
	Reformen und Gesetzgebungen der letzten Jahre	- Kurzfristige staatliche Regulierungen möglich	- Situation ist für die Marktteilnehmer schwer einzuschätzen (langfristige Überlegungen kaum umzusetzen) - Verschiebung von Geldern zwischen den Sozialversicherungsträgern (in den letzten Jahren zum Nachteil der GKV) führt dort zu Finanzierungsproblemen
	Die Zulassung alternativer Versorgungsmodelle	- Teilnehmer lernen derzeit durch Projekte - An der Basis wächst die Überzeugung, dass nur über die Ausrichtung der Prozesse am Patienten (d.h. an Krankheitsverläufen) eine Weiterentwicklung der GKV erfolgen kann - Netze werden in sehr unterschiedlicher Form und Organisation getestet (spricht für die Innovation der Teilnehmer)	- Budgets fördern die Abschottung der Sektoren, Funktionsdenken behindert eine ganzheitliche Betrachtungsweise - Schwach ausgeprägte DV-Vernetzung und generell schwache IT-Nutzung - Keine transportierbaren Nutzen für die Versicherten zur Teilnahme an Netzen - Fehlende Mitverantwortung der Leistungserbringer auf ökonomischer Ebene ²⁸⁰ - Fehlende Möglichkeiten der Erfolgsmessung (Qualität und Kosten) durch mangelnde Transparenz - Überforderung der Teilnehmer, da bisher Bevormundung durch Verbände - Unzureichende infrastrukturelle Organisation der Leistungserbringer - Oftmals kein wirkliches Interesse der Teilnehmer für Veränderungen erkennbar

Abb. 28 Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen des GKV-Systems, Quelle: Eigene Darstellung

3.3.3. Fazit: Die strategischen Erfolgsfaktoren für die GKV

Aus der vorherigen Auflistung der Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen ergeben sich bereits erste Hinweise für die zukünftigen Entwicklungen des GKV-Systems. Konkretisiert werden diese jetzt, indem aus den erkannten Chancen/Risiken und Stärken/Schwächen strategische Erfolgsfaktoren formuliert werden. Dabei wird eine Trennung zwischen strategischen Erfolgsfaktoren, die die Wettbewerbsstruktur und die Anreizsysteme innerhalb des Systems betreffen (Beziehungen der Wettbewerber untereinander) sowie zwischen Faktoren, die den Systemrahmen betreffen (Berechnungsgrundlagen zur Finanzierung, versicherter Personenkreis sowie der Umfang des Leistungskataloges), vorgenommen.

Strategische Erfolgsfaktoren, die die Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme innerhalb des Systems betreffen:

1. Kontrollierter Wettbewerb im GKV-System (s. hierzu Kap. 5.1.1): Das GKV-System soll Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zum einen zwischen verschiedenen Krankenkassen und zum anderen zwischen deren unterschiedlichen Versorgungsangeboten (z.B. Wahlmöglichkeit zwischen herkömmlicher Versorgung und integrierten Versorgungsmodellen) bieten. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen soll hierzu aufgehoben werden. Krankenkassen können sich durch Vertragswettbewerb Differenzierungsmerkmale gegenüber der Konkurrenz erarbeiten (Vertragsabschlüsse mit Ärztegruppen). Gleichzeitig wird dadurch ein Rückgang der Einflussnahme der Verbände erreicht. Für die Krankenkassen besteht gegenüber den Versicherten Kontrahierungszwang.
2. Erhöhung der Transparenz zu Outcomes und Kosten (s. hierzu Kap. 5.1.2): Zur Sicherung einer Mindestqualität von Gesundheitsleistungen wird ein Qualitätssicherungssystem mit transparenten Kennzahlen aufgebaut. Eine dadurch erreichte verbesserte Transparenz bezüglich Outcomes und Kosten der Gesundheitsleistungen versetzt die Marktteilnehmer in die Lage Entscheidungen auf einem höheren Informationsstand zu treffen. Weiterhin betrifft dieser Punkt Regelungen zur stärkeren Involvierung der Patienten in die Behandlungsprozesse, die laufende Information der Versicherten über erbrachte Leistungen, die elektronische Vernetzung der Leistungserbringer sowie generelle Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen.
3. Integrative Behandlungskonzepte (s. hierzu Kap. 5.1.3 und 5.1.5): Es erfolgt die Ablösung einer sektororientierten durch eine stärker sektorübergreifende Behandlungsphilosophie mit dem Schwerpunkt auf chronische Krankheitsbilder.
4. Vergütungs- und Anreizsysteme für die Marktteilnehmer (s. hierzu Kap. 5.1.4): Die Vergütungs- und Anreizsysteme für die Marktteilnehmer sind dahingehend zu überarbeiten, dass integrative Versorgungsformen belohnt werden und die Behandlungsgesamtkosten unabhängig des Behandlungssektors im Vordergrund stehen. Es soll ein möglichst, für das Gesamtsystem, effizientes Verhal-

²⁸⁰ Dieses ist auch nur möglich, wenn die Leistungserbringer wirklich steuern können. Ansonsten kann eine ökonomische Mitverantwortung für Behandlungsprozesse nicht verlangt werden.

ten der Marktteilnehmer erreicht werden. Es ist ein grober Ausgleich der Morbiditätsrisiken der Versicherten durch einen transparenten Risikostrukturausgleich umzusetzen.

Strategische Erfolgsfaktoren, die den Systemrahmen betreffen:

1. Finanzierungsgrundlagen und versicherter Personenkreis (s. hierzu Kap. 5.2.1): Veränderte Einkommens- und Arbeitsstrukturen der Versicherten, vor allem aber eine sinkende Lohnquote bei steigender Gewinnquote, der Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse, sowie eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit beeinflussen die Einnahmen der GKV negativ. Deshalb ist zu überprüfen, inwieweit Lohn und Gehalt als überwiegende Basis für die Beiträge zur GKV langfristig ausreichen. Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit der versicherte Personenkreis verändert werden kann, um eine verbesserte Finanzsituation zu schaffen. Allerdings soll die GKV auf jeden Fall für einen Großteil der Bevölkerung als Pflichtversicherung konzipiert sein.
2. Die Gestaltung des Leistungskataloges (s. hierzu Kap. 5.2.2): Die GKV soll weiterhin die notwendigen und existenzbedrohenden medizinischen Leistungen bei begrenzter Selbstbeteiligung der Versicherten übernehmen. Dabei sind versicherungsfremde Leistungen auszugliedern sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in ein übergreifendes Gesamtkonzept einzugliedern.

4. Managed Care: Impulse für die zukünftige Systemgestaltung aus dem Ausland

Bei der Diskussion um Reformen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems werden immer wieder Elemente aus dem Managed Care-Bereich (z.B. Einzelverträge der Ärzte mit Krankenkassen, Disease Management-Programme, pauschalierte Vergütungsformen) erwähnt.²⁸¹ Dabei werden die Inhalte als auch die Tragweite von Managed Care im allgemeinen sehr differenziert verstanden, was auch als ein Grund für das bisherige Fehlen einer einheitlichen Definition angesehen werden kann.²⁸²

Dieses Kapitel soll deshalb zum einen dazu dienen die Inhalte von Managed Care (Organisationsformen und Instrumente) näher zu erläutern und zum anderen Hinweise auf eine mögliche Übertragbarkeit eines Managed Care-Systems auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland zu erhalten. Vorhandene Impulse fließen dann neben den Erkenntnissen aus der Istanalyse in die Strategieentwicklungsphase mit ein.

4.1. Managed Care: Die Beschreibung der Inhalte

Bei der Beschreibung der Inhalte von Managed Care muss berücksichtigt werden, dass vor allem in den USA immer neue Unternehmen mit neuen Produkten auf den Markt gedrungen sind. Aus diesem Grund erfolgt bei nachfolgender Beschreibung eine Konzentration auf die derzeit wichtigsten Organisationsformen und Instrumente.

4.1.1. Mögliche Managed Care-Organisationsformen

Grundsätzlich beschränken sich Managed Care-Organisationen nicht, wie dies bei den Krankenkassen in Deutschland der Fall ist, auf die Position des zahlenden

²⁸¹ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 10

²⁸² Vgl. Oberender, Ecker (1997) S. 13; Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 21

Dritten, sondern es erfolgt eine zumindest teilweise Integration der Funktionen Versicherung und Leistungserstellung. Die Aufgabe der Managed Care-Organisationen liegt in der Steuerung der Gesundheitsversorgung der Versicherten. Entsprechend den Unternehmenszielen und je nach Organisationsform erfolgt diese Steuerung in stärkerer oder schwächerer Ausprägung.²⁸³

Die Health Maintenance Organization (HMO)

Die typischste Form der Managed Care-Organisation ist die HMO, die in ihrer engsten und ursprünglichsten Form sämtliche Leistungen für eine definierte Versichertengruppe selbst erbringt oder andere Leistungserbringer mit ausgewählten Leistungen beauftragt, aber außerhalb dieses Systems keine (oder nur einen geringen Teil) Kosten übernimmt. In dieser Form erhält die HMO einen im voraus festgelegten Monats- oder Jahresbeitrag und übernimmt dafür das volle finanzielle Risiko der Leistungserstellung. Da in den USA das Prinzip der freien Arztwahl vor allem in Ballungsgebieten bei den Versicherten eine immer größere Rolle spielt, wurden diese engen Bestimmungen der Closed-Panel-HMOs durch neue Produktangebote gelockert. Es wurden Open-Panel-Produkte entwickelt, bei denen die Versicherten aber immer noch Zuzahlungen leisten müssen, wenn sie Leistungserbringer außerhalb der HMO aufsuchen möchten. Heute wird davon ausgegangen, dass rund 70% der HMOs auch Open-Panel-Produkte anbieten.²⁸⁴

▪ Staff-Model-HMO

Bei der Staff-Model-HMO sind Leistungserstellung und Finanzierung vollständig in einer Hand. Die Ärzte und anderen Leistungserbringer sind Angestellte der HMO und erhalten in der Regel ein Festgehalt zuzüglich Bonus auf der Basis der Produktivität der HMO. Spezialisten für selten benötigte Fachrichtungen werden durch Verträge extern dazu gewonnen. Kennzeichnend für diese Organisationsform ist die starke Kontrollmöglichkeit und Einflussnahme auf die Tätigkeiten der Leistungserbringer.²⁸⁵

▪ Group-Model-HMO:

Die Ärzte sind nicht direkt Angestellte der HMO. Es handelt sich bei den Group-Model-HMOs um große Gruppenpraxen mit formal selbstständigen

²⁸³ ebenda S. 11

²⁸⁴ Vgl. Amelung (1999) S. 25

²⁸⁵ Vgl. Lankers (1997) S. 38

Ärzten.²⁸⁶ Die Beziehung zu einer HMO kann dabei unterschiedlich eng sein.²⁸⁷ Zum Teil arbeiten diese Gruppenpraxen ausschließlich für eine HMO und zum Teil versorgen sie auch Nicht-HMO-Mitglieder. Gruppenpraxen werden von der HMO aufgenommen, wenn sie bestimmten Qualitätsstandards entsprechen und eine Einigung über die Vergütung erzielt werden kann. Diese erfolgt in der Regel über eine Versorgungspauschale für die gesamte Gruppenpraxis. Innerhalb der Gruppenpraxis kann die Vergütung ebenfalls per Versorgungspauschale oder aber über Einzelleistungsvergütung erfolgen.²⁸⁸

- IPA-Model

Bei der Independent Physicians Association schließt die HMO einen Vertrag mit einer Anzahl von Einzelpraxen, die als Arbeitsgemeinschaft organisiert sind.²⁸⁹ Die IPA ist damit eine Art Dachorganisation für freiberuflich tätige Ärzte. Da die Ärzte ihre Praxis behalten und nicht ausschließlich HMO-Patienten behandeln, bleibt ein großes Maß an Autonomie bestehen. Erfüllen einzelne Ärzte bestimmte Anforderungskriterien, so besteht für sie die Möglichkeit der IPA beizutreten. In der Regel gilt das Gatekeeperprinzip, d.h. die Versicherten wählen aus Listen ihren Gatekeeper aus, den sie im Krankheitsfall immer zuerst aufsuchen. Die IPAs bieten den Versicherten eine relativ große Wahlfreiheit, da sie ohne großen Aufwand auch mit mehreren IPAs zusammenarbeiten können (Network model). Der Steuerungseffekt ist allerdings entsprechend geringer. Die Ärzte bleiben in ihrer Praxis und verstehen sich oftmals auch weiterhin als Einzelarzt.²⁹⁰

Die Preferred-Provider-Organization (PPO)

PPOs stellen neben den HMOs eine weitere Ausprägungsform von Managed Care-Organisationen dar. Sie können zugleich auch als Antwort der Leistungserbringer auf die starke Beeinflussung der ärztlichen Tätigkeit durch die HMOs gesehen werden. Anders als in den HMOs gilt in PPOs nach wie vor das Einzelleistungsvergütungssystem, die Leistungserbringer sind also nicht am Versorgungsrisiko beteiligt. Der Vorteil für die Teilnahme an einer PPO liegt für die Leistungserbringer

²⁸⁶ Vgl. Rachold (2000) S. 78

²⁸⁷ Vgl. Lankers (1997) S. 39; Möglich ist auch, dass es sich um ärztzeigene HMOs handelt, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenversicherern abschließen.

²⁸⁸ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 20 f.

²⁸⁹ Vgl. Lankers (1997) S. 40

²⁹⁰ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 21 f.

im Zugang zu einem größeren Versichertenpool und den damit verbundenen potenziellen Umsatzchancen. Im Gegenzug müssen sie allerdings Abschläge (15 - 20%) bei der Vergütung in Kauf nehmen. Die Steuerungsintensität und der Einfluss auf die Leistungserstellung durch die Versicherung ist relativ schwach und das Produkt bleibt somit dem konventionellen System sehr nahe. Die Anreize zur Leistungsausweitung, die durch das Prinzip der Einzelleistungsvergütung tendenziell bestehen, versuchen die Kostenträger durch ein entsprechendes Leistungsmanagement zu beeinflussen. Des Weiteren wird großen Wert auf die Zusammenarbeit mit ausgewählten Leistungserbringern gelegt. Für die Versicherten liegt der Anreiz in einer leicht niedrigeren Prämie gegenüber der herkömmlichen Versicherung. Auch können Leistungserbringer außerhalb des Systems in Anspruch genommen werden, allerdings nur gegen Zuzahlung. Diese größere Wahlfreiheit der Versicherten sowie die stärkere Eigenständigkeit der Ärzte, sind die Hauptgründe für die stark steigenden Marktanteile der PPOs in den letzten Jahren.²⁹¹

Point of Service Organizations:

Auch den POS kommt mittlerweile eine immer stärkere Bedeutung zu, da sie oft als Einstiegsmodelle in die HMO-Systeme angeboten werden.²⁹² Von der Strukturierung her sind sie als eine Art Zwischenform von HMOs und PPOs zu verstehen. Innerhalb des Systems der POS handelt es sich um eine klassische HMO mit dem Einsatz der üblichen Managed Care-Instrumente und Vergütungsregelungen. Für Versicherte besteht jedoch auch die Möglichkeit externe Ärzte zu konsultieren.²⁹³ Allerdings müssen sie dafür relativ hohe Zuzahlungen in Kauf nehmen, die in der Regel erheblich über denen der PPOs liegen. Damit besteht auch hier eine relativ große Wahlfreiheit für die Versicherten, die aber tatsächlich kaum wahrgenommen wird.²⁹⁴ Im Unterschied zur HMO müssen die POS-Versicherten wegen der möglichen Inanspruchnahme von Leistungserbringern außerhalb der Systeme generell eine höhere Prämie zahlen. Dies führt bei den Versicherungsanbietern zu Mehreinnahmen und der größte Teil der Leistungser-

²⁹¹ Vgl. ebenda, S. 26 f.; Haubrock (2000) S. 35

²⁹² Vgl. Seitz, König, Stillfried (1997) S. 9

²⁹³ Vgl. Haubrock (2000) S. 33

²⁹⁴ Vgl. Neuffer (1997) S. 149

stellung kann trotzdem gesteuert werden, ohne dass auf das marketingtechnisch wichtige Argument der freien Arztwahl verzichtet werden muss.²⁹⁵

Physician Hospital Organization (PHO)

Bei der PHO handelt es sich um einen Zusammenschluss zwischen Krankenhäusern und Ärzten. Die Krankenhäuser haben durch das Joint Venture den Vorteil in den ambulanten Markt vorstoßen zu können und sich somit zu diversifizieren. Es wird unterschieden zwischen geschlossenen PHOs, bei der nur ausgewählte Krankenhausärzte integriert sind und offenen PHOs wo alle Krankenhausärzte eine Zugangsberechtigung haben. Durch die Steuerung der Auswahl der teilnehmenden Ärzte, haben die Closed-PHOs allerdings ein sehr viel höheres Erfolgspotenzial. Die Vergütung kann innerhalb der PHO nach verschiedenen Systemen gestaltet werden. Für die Managed Care-Organisation bedeutet die PHO eine zusätzliche zwischengeschaltete Institution, die den direkten Einfluss der HMO auf die Leistungsersteller weitgehend ausschließt. Für die Vertragsgestaltung gilt, dass es einerseits für die Managed Care-Organisation eine Erleichterung ist, da sie nur noch mit der PHO verhandeln muss und nicht mehr mit allen Ärzten einzeln. Andererseits hat diese PHO auch eine stärkere Verhandlungsposition als der einzelne Arzt.²⁹⁶

4.1.2. Mögliche Managed Care-Instrumente

Je nach Form einer Managed Care-Organisation werden zur Umsetzung der jeweiligen Unternehmensziele Kombinationen bestimmter Managed Care-Instrumente eingesetzt.

Auswahl der Leistungserbringer (selektives Kontrahieren)

Für den Erfolg einer Managed Care-Organisation ist die Auswahl der Leistungserbringer, mit denen zusammengearbeitet werden soll, ein entscheidender

²⁹⁵ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 23 f.

²⁹⁶ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 36 ff.

Wettbewerbsfaktor.²⁹⁷ Voraussetzung hierfür ist die Möglichkeit für Krankenversicherungen mit ausgewählten Ärzten Einzel- oder Gruppenverträge schließen zu können und damit gezielt andere Ärzte von der Versorgung ausschließen zu können. Ziel des selektiven Kontrahierens ist es, durch die vertragliche Bindung zu möglichst vielen Leistungserbringern mit qualitativ hochwertigem und trotzdem wirtschaftlich arbeitenden Behandlungsstil, einen gruppendynamischen Prozess in Gang zu setzen.²⁹⁸ Für die Auswahl der Ärzte werden verschiedene Kriterien angesetzt. Hierbei spielen vor allem Ausbildung, Kunstfehlerprozesse, Praxisausstattung, Leistungsangebot, Interviews aber auch das Image der Ärzte eine Rolle. Schwierig ist die Auswahl geeigneter Leistungserbringer vor allem in dünn besiedelten Regionen mit einer geringen Anzahl an Ärzten. Hier muss immer eine entsprechende Abwägung zwischen der Zusammenarbeit mit wenigen ausgesuchten Leistungserbringern (mit dem Nachteil einer dann geringeren Marktabdeckung) und einer eher großzügigen Selektion (was einer größeren Zahl an potentiellen Versicherten den Erhalt ihrer gewohnten Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht) erfolgen.²⁹⁹

Durch die Zusammenschlüsse zu wenigen großen marktbestimmenden Managed Care-Organisationen ist der Druck auf die Leistungserbringer in den USA sehr groß geworden. Diese Machtungleichgewichte zugunsten der Kostenträger lassen es kaum noch zu, dass Leistungserbringer Verträge ablehnen können, wie es in einem gleichberechtigten Markt möglich wäre.³⁰⁰ Zwar ist die grundsätzliche Drohung von Leistungserbringern aus den Managed Care-Verträgen aussteigen zu wollen oder zu anderen Gesellschaften zu wechseln nicht zu unterschätzen³⁰¹, trotzdem werden die Leistungserbringer bei einem entsprechend großen Versichertenpotenzial der Managed Care-Organisation davon absehen, um nicht zu große Umsatzverluste hinnehmen zu müssen.

²⁹⁷ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999) S. 19

²⁹⁸ Vgl. Eichhorn-Schmidt-Rettig (1998) S. 16; Die Festlegung der Kriterien für die Bestimmung wann ein Arzt oder eine Ärztegruppe diese Voraussetzungen erfüllt, hat sich für die Krankenversicherer in den USA als eine der Hauptschwierigkeiten herausgestellt.

²⁹⁹ Vgl. Breyer, Leidl (1997) S. 129

³⁰⁰ Vgl. Oberender, Ecker (1997) S. 13

³⁰¹ So ist Oberender der Meinung, dass die Versicherten eine stärkere Bindung an bestimmte Leistungserbringer haben als zu Managed Care-Organisationen und Leistungserbringer so einen Teil der Versicherten zur Konkurrenz „mitbringen“ könnten. Die Vergangenheit in den USA hat aber trotz dieser Möglichkeiten die klare Dominanz der Kostenträger hinsichtlich der Vertragsgestaltung bewiesen; Vgl. Oberender, Ecker (1997) S. 24

Insgesamt ist das selektive Kontrahieren sicherlich eines der Kerninstrumente von Managed Care. Es ist eine grundsätzliche Voraussetzung, dass Krankenversicherer oder Managed Care-Organisationen mit mehreren Leistungserbringern oder Leistungserbringergruppen Verträge für ein bestimmtes Gebiet abschließen können.³⁰² Aufgabe der wettbewerbsbeschränkenden Regelungen ist es dann dafür zu sorgen, dass in den Regionen keine Monopolsituationen auf beiden Seiten entstehen und die Marktmacht einzelner Teilnehmer damit begrenzt wird.

Vergütungssystem und Anreize

Die Gestaltung des Vergütungssystems umfasst grundsätzlich mehrere Funktionen. Das Vergütungssystem sollte einerseits Anreize zu einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Mittelverwendung beinhalten und benötigt somit Anreize, die Qualitäts- und Kostensenkungsbemühungen belohnen (Anreizfunktion). Außerdem sollen Innovationen gefördert bzw. zumindest nicht behindert werden (Innovationsfunktion). Die Verteilungsfunktion des Vergütungssystems soll den Ärzten ein leistungsgerechtes Einkommen gewähren, zugleich aber auch eine zu hohe Belastung der Versicherten durch Eigenbeteiligungen verhindern. Darüber hinaus sollte ein Vergütungssystem praktikabel, transparent und anerkannt sein, damit Verwaltungs- und Kontrollkosten möglichst gering sind.³⁰³

Diese unterschiedlichen Ansprüche an das Vergütungssystem können nicht durch eine Vergütungsform alleine erreicht werden. Deshalb wird in Managed Care-Systemen in der Regel immer eine Kombination aus mehreren der folgenden Vergütungsformen angewandt:

- Fixes
- Versorgungspauschale
- Ergebnisorientierte Vergütung
- Fallpauschale
- Leistungskomplexvergütung
- Einzelleistungsvergütung

³⁰² Vgl. Eichhorn (1998) S. 274; Haubrock (2000) S. 85

³⁰³ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 75

Generell besteht in Managed Care-Organisationen die Tendenz die Vergütungssysteme so auszurichten, dass verstärkt pauschale Honorierungselemente im Vordergrund stehen und nur in Ausnahmefällen eine Honorierung nach Einzelleistungen erfolgt. Oftmals wird das Prinzip der Einzelleistungsvergütung auch nur zur internen Leistungsverrechnung einer Arztgruppe verwandt, wenn die Gruppe insgesamt über eine Pauschale vergütet wird. In der Detailgestaltung gibt es also vielfältige Varianten zur Ausjustierung des Vergütungssystems.³⁰⁴

Fixes:

Der Arzt erhält ein fixes Gehalt, das unabhängig von seinem Verordnungsverhalten ist. Einkommensinteressen bei der Leistungsverordnung, z.B. im Rahmen einer angebotsinduzierten Nachfrage, werden damit ausgeschlossen. Der Vorteil einer solchen Vergütungsform ist also vor allem darin zu sehen, dass keine Anreize zur Erbringung überflüssiger Leistungen oder der Unterlassung notwendiger Leistungen bestehen. Somit sind vorschnelle Überweisungen zu anderen Ärzten aus budgettechnischen Gründen für die Leistungserbringer nicht mehr interessant.³⁰⁵

Neben den Fixgehältern werden oftmals weitere Erfolgsbeteiligungen nach internen Benchmarks und Qualitätskontrollen zur Förderung der Corporate Identity eingesetzt.³⁰⁶ Dadurch soll verhindert werden, dass die Leistungserbringer der Zufriedenheit ihrer Patienten relativ emotionslos gegenüberstehen, da Abwanderungen der Versicherten zu anderen Ärzten bei ausschließlicher Vergütung über Festgehälter keine finanziellen Auswirkungen für den Arzt hätten.

Versorgungspauschale:

Kopfpauschalen werden vor allem in Network-HMOs und IPA-HMOs eingesetzt³⁰⁷ und gelten in Managed Care-Systemen als typische Vergütungsform. Die Ärzte erhalten dabei eine Kopfpauschale pro Versicherten und Zeitperiode. Für diese feste Pauschale für jeden zu versorgenden Kopf übernimmt der Arzt die

³⁰⁴ Vgl. Baumann, Stock (1996) S. 51

³⁰⁵ Vgl. Kayser (1998) S. 157 ff.

³⁰⁶ Vgl. Kayser (1998) S. 49 f.

³⁰⁷ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 81

medizinische Behandlung in einem vorher vereinbarten Umfang.³⁰⁸ Dieser Umfang ist einer der drei entscheidenden Punkte bei der Vergütung mittels Versorgungspauschale. Solange bestimmte medizinische Leistungen nicht in der Versorgungspauschale enthalten sind, besteht tendenziell der Anreiz Kosten auf diese nichtinvolvierten Sektoren abzuwälzen.³⁰⁹ Dieses Problem wird vor allem dann entstehen, wenn die von der Versorgungspauschale ausgegliederten Leistungen nach dem System der Einzelleistungsabrechnung vergütet werden. Der zweite entscheidende Punkt ist, dass die Versorgungspauschale in etwa auch der Morbidität der zu versorgenden Versicherten entsprechen muss. Ansonsten besteht die Gefahr der Risikoselektion seitens der Leistungserbringer zugunsten eines Klientels mit einem geringem Krankheitsrisiko und zulasten vor allem der chronisch kranken Versicherten. Eben diese Ermittlung der „richtigen“ Höhe der Versorgungspauschale bzw. der Festlegung der Veränderungsraten gestaltet sich in der Praxis als sehr schwierig. Neben dem richtigen Umfang der mittels Versorgungspauschale vergüteten Leistungen und der adäquaten Abbildung des Krankheitsrisikos durch die Versorgungspauschale ist für die Leistungserbringer eine ausreichend große Gruppe an Versicherten wichtig, damit ein Risikoausgleich innerhalb eines Kollektivs geschaffen werden kann.³¹⁰

Positiv zu bewerten sind die bestehenden Anreize bei vollständiger Versorgungspauschale zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Behandlung, da die Leistungserbringer selbst die wirtschaftliche Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess übernehmen. Der Nachteil aller pauschalierter Vergütungsformen besteht in der Tendenz zur Unterversorgung der Versicherten. Aus diesem Grund muss die Vergütung über Versorgungspauschale auch immer mit einem entsprechenden Qualitätssicherungssystem verbunden werden.³¹¹

Ergebnisorientierte Vergütung:

Neben den pauschalieren Vergütungsformen finden sich in fast allen Managed Care-Organisationen mittlerweile auch Formen der ergebnisorientierten Vergütung wieder. Indem die Produktion von guten gesundheitlichen Ergebnissen besonders

³⁰⁸ Vgl. Baumann, Stock (1996) S. 48

³⁰⁹ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 81

³¹⁰ Vgl. Baumann, Stock (1996) S. 48 f.; Die Addition der Versorgungspauschalen ergibt für die beteiligten Ärzte ein Kollektivbudget.

³¹¹ Vgl. Lankers (1997) S. 29

honoriert wird, können für die Leistungserbringer starke Anreize zu einem stärker ergebnisorientierten Handeln geschaffen werden.³¹² In der Regel werden hierzu mehrere Kriterien aus den Bereichen Klinisches Ergebnis (Komplikationsraten; Prozentsatz von Diabetikern, die im letzten Jahr keinen Krankenhausaufenthalt hatten; Prozentsatz von Bluthochdruckpatienten, deren Blutdruck unter Kontrolle ist; Rate der ungeplanten Krankenhauswiederaufnahme im Zeitraum von 30 Tagen nach einem chirurgischen Eingriff³¹³) und Patientenzufriedenheit (ermittelt über Befragungen) zu einem Qualitätsindex zusammengestellt. Die ergebnisorientierte Vergütung erfolgt dann in Form von Bonuszahlungen, wenn die Voraussetzungen erfüllt wurden. Aufgrund des bereits in Abschnitt 1.4 festgestellten schwierigen Zusammenhanges zwischen Behandlung und medizinischem Ergebnis, kann die outcomeabhängige Vergütung aber immer nur eine Teilkomponente eines Vergütungssystems bilden.³¹⁴

Fallpauschalen und Leistungskomplexvergütung:

Die Vergütung nach Fallpauschalen und Leistungskomplexen stellt einen Mittelweg zwischen Versorgungspauschale- und Einzelleistungsvergütung dar. Bei der Fallpauschale wird ein fester Gesamtbetrag pro behandelter Fall an den Leistungserbringer gezahlt. Im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung wird dadurch erreicht, dass sich eine Leistungsausweitung für den Arzt innerhalb eines Falles nicht mehr rechnet. Lediglich die Ausweitung der Fallzahlen muss beobachtet werden. Da Fallpauschalen nicht den gesamten Behandlungsprozess abdecken, sondern in der Regel auf einen sektorenspezifischen Fall begrenzt sind, besteht auch hier (wie bei der Einzelleistungsvergütung) die latente Gefahr der Kostenverschiebung. D.h. teure Patienten werden verstärkt in andere Einrichtungen/Sektoren überwiesen, die von der Fallpauschale nicht betroffen sind. Ähnlich verhält es sich bei der Leistungskomplexvergütung, wo der Leistungserbringer eine Pauschalvergütung für einen Leistungskomplex, also für eine Zusammenfassung mehrerer Einzelleistungen, erhält. Auch hier bedarf es weiterer Steuerungsinstrumente durch die Managed Care Organisation, damit die zuvor genannten Probleme gelöst werden. Trotzdem stellt die Vergütung nach

³¹² Vgl. Krauth, et al. (1997) S. 9

³¹³ Vgl. Krauth, et al. (1997) S. 15 ff.

³¹⁴ Vgl. Krauth, et al. (1997) S. 9

Fallpauschale und Leistungskomplexen eine sinnvolle Alternative zur Einzelleistungsvergütung dar, weil sie deren Hauptkritikpunkt der Leistungsausweitung innerhalb eines Falles, entgegentritt. Gegenüber der Versorgungspauschale hat sie den Vorteil, dass das wirtschaftliche Risiko für den einzelnen Arzt sehr viel begrenzter ist.

Einzelleistungsvergütung:

Für die Managed Care-Philosophie ist die Einzelleistungsvergütung sehr untypisch. Eingesetzt wird sie aber nach wie vor in IPA-HMOs und Network-HMOs sowie im Innenverhältnis vieler HMOs.³¹⁵ Sinn macht der Einsatz der Einzelleistungsvergütung vor allem bei Spezialisten, die nur selten benötigte, besonders schwierige und nicht standardisierbare Leistungen anbieten. Aber auch förderungswürdige Leistungen können über die Einzelleistungsvergütung interessant gemacht werden.³¹⁶

Gatekeeping

Grundgedanke des Gatekeepings ist die Steuerung des Patienten durch einen ausgewählten Arzt (in der Regel Grundversorger), der dafür sorgt, dass eine Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auf der jeweils angemessenen Ebene erfolgt.³¹⁷ Der Gatekeeping-Ansatz wird oftmals als ein Paradebeispiel für Managed Care dargestellt, weil hier die Aspekte der Qualitätssicherung (durch Optimierung der Behandlungsabläufe) und der Kostensenkung (durch Steuerung der Leistungserstellung) kombiniert werden.³¹⁸

Voraussetzungen für die Implementierung eines solchen Systems ist natürlich die Möglichkeit das Recht der freien Arztwahl für die Versicherten einschränken zu können. Zudem muss der Gatekeeper auch verbindliche Behandlungspläne erstellen können und damit zum Teil auch die Therapiefreiheit der hinzugezogenen Ärzte beeinflussen können.³¹⁹

Für den Gatekeeper gewinnen dadurch Koordinationsaufgaben und zugleich sehr viel administrative Arbeit an Bedeutung. Kritisch ist zu sehen, dass es für einen

³¹⁵ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 84

³¹⁶ Vgl. Krauth, u.a. (1997) S. 25

³¹⁷ Vgl. Baumann, Stock (1996) S. 44 f.

³¹⁸ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 99

³¹⁹ Vgl. Oberender, Ecker (1997) S. 17

Primärarzt sehr schwierig sein wird das gesamte Spektrum der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu überschauen, jeweils fachlich auf dem neuesten Stand zu sein und vor allem die eigenen Fähigkeiten nicht zu überschätzen (z.B. durch das Hinauszögern einer Überweisung zum Facharzt).³²⁰ Die traditionelle Praxisorganisation mit Arzt und Sprechstundenhilfe scheint hierfür kaum geeignet zu sein.³²¹ Vielmehr ist die Verbindung zu einem kollegialen Netzwerk (mit gemeinsamer wirtschaftlicher Verantwortung) und eine entsprechend vorhandene IT-Infrastruktur eine erfolgversprechende Umgebung.

Leitlinien

Unter Leitlinien wird generell das Ersetzen von fallweisen Entscheidungen durch Standards gesehen. V. Amelung und H. Schumacher differenzieren zwischen zwei Formen von Leitlinien: Zum einen nennen sie Leitlinien, die durch Fachgesellschaften entwickelt und veröffentlicht werden und zum anderen Leitlinien, die intern in Managed Care-Organisationen erarbeitet werden und primär Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz schaffen sollen und deshalb auch nicht veröffentlicht werden können.³²²

Begründet wird der Einsatz von Leitlinien in Managed Care-Systemen grundsätzlich dadurch, „dass bei den Entscheidungen von behandelnden Ärzten in gleich gelagerten Fällen ohne nachvollziehbare Gründe beachtliche Unterschiede in der Indikationsstellung beobachtet werden können.“³²³ Deshalb sollen Leitlinien den Ärzten bei der Leistungserstellung helfen, indem sie ihnen geeignete, nach Möglichkeit evidenzbasierte, Behandlungswege aufzeigen.³²⁴ Wie bei allen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist aber deren Akzeptanz immer von der Integration und Involvierung der Leistungserbringer bei der Erstellung abhängig.³²⁵ Diese Akzeptanz scheint in den USA überwiegend nicht vorhanden zu sein, denn dort haben – außerhalb der Managed Care-Systeme - Befragungen zufolge nur 18% der Ärzte ihre Arbeitsweise tatsächlich verändert, 22% waren der Überzeugung, dass Leitlinien Geld einsparen könnten aber 67% glaubten, dass sie nur zur

³²⁰ Vgl. Arnold (1995) S. 717

³²¹ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 104

³²² Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 106

³²³ Seitz, König, Stillfried (1997) S. 16

³²⁴ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 109

³²⁵ Vgl. Szecsenyi (2001) S. 310

Abstrafung von Ärzten eingesetzt werden.³²⁶ Aus diesem Grund arbeiten Managed Care-Organisationen oftmals mit sogenannten Protocols. Der Unterschied zu Leitlinien besteht vor allem darin, dass Protocols für die Ärzte als konkrete Handlungsanweisung zu verstehen sind und nicht wie Leitlinien die Gelegenheit darstellen sich der vorhandenen Behandlungsmuster zu vergegenwärtigen und diese im Einzelfall auf ihre Angemessenheit im konkreten Fall zu überprüfen. Damit Leitlinien erfolgreich implementiert werden können, müssen Leistungserbringer von diesen überzeugt sein, bzw. an deren Entwicklung beteiligt sein. Der Weg zu einer Verbesserung der ärztlichen Praxis kann nämlich immer nur von den Akteuren vor Ort selbst gefunden werden, da nur sie in der Lage sind den Bezug zwischen der individuell zu beurteilenden Situation, ihrer bisherigen Behandlungspraxis und dem Optimalstandard herzustellen.³²⁷ Der Einsatz von Leitlinien bietet demnach enorme Potenziale, da eine ständige Orientierung am besten verfügbaren Wissen ermöglicht wird.

Utilization Review und Utilitation Management

Anhand der individuellen Fallbetrachtung wird beim Utilization Review die Angemessenheit der ärztlichen Leistung betrachtet. Dies kann z.B. in Form von Genehmigungspflichten für stationäre Einweisungen oder für bestimmte ärztliche Leistungen erfolgen (Preadmission Review).³²⁸ Auch während eines Behandlungsfalles werden im Rahmen des Concurrent Reviews Behandlungspläne auf ihre Angemessenheit hin überprüft. Die Ex-Post-Kontrolle erfolgt im Rahmen eines Retrospective Reviews, wo der gesamte Fall nochmals nachvollzogen wird und mit Kontrollgruppen verglichen wird.³²⁹

Das Schwergewicht liegt somit eindeutig in der Vermeidung vermeintlich unangemessener Leistungen. Laut V. Amelung und H. Schumacher werden allerdings nur sehr wenige Fälle tatsächlich vom Kostenträger im voraus abgelehnt. Doch alleine schon der Rechtfertigungsdruck erzeugt hier Veränderungen beim Leistungserbringer und sorgt für eine gewisse Hemmschwelle in der Leistungsverordnung.³³⁰ Utilization Management ist dagegen eher als eine Art

³²⁶ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 114

³²⁷ Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 187

³²⁸ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 14

³²⁹ Vgl. Rachold (2000) S. 64 f.

³³⁰ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 143

Benchmarking zu verstehen. Die Leistungen eines Arztes werden mit denen des besten Arztes verglichen. Abweichungen werden analysiert und im Rahmen eines Best Practice-Sharing mit Kollegen diskutiert. Hier stehen also vermehrt Lern- und weniger Kontrolleffekte im Vordergrund.³³¹

Disease Management

Beim Disease Management steht, im Gegensatz zum Case Management, die von einer bestimmten Erkrankung betroffene gesamte Personengruppe im Vordergrund und nicht der Fall bzw. der Patient als Einzelperson.³³² Dabei werden zunächst alle vorhandenen Behandlungsverfahren zu einer Krankheit hinsichtlich ihrer Behandlungsergebnisse untersucht. Auf der Basis dieser Datensammlung wird dann jene (nach Möglichkeit evidenzbasierte) Vorgehensweise identifiziert, mit der ein bestimmtes Behandlungsergebnis mit den geringsten Kosten bzw. bei gegebenen Kosten das bestmögliche Behandlungsergebnis erreicht wird. Gleichzeitig erfolgt durch die systematische Erfassung und Bewertung der Therapieerfolge eine laufende Effizienz- und Effektivitätsmessung auf großer Populationsebene und die Programme können somit permanent überprüft und angepasst werden.³³³ Damit kommt zum Ausdruck, dass Disease Management den Leistungserbringern einerseits die beste externe Evidenz zu den betroffenen Diagnosen und damit Standards zur Qualitätssicherung bereitstellt, andererseits aber auch als prozessorientiertes Managementinstrument fungiert. Prozessorientiert bedeutet in diesem Sinne, dass sich Disease Management nicht ausschließlich auf die Therapie beschränkt, sondern auch Standards zur Prävention, Diagnostik und Rehabilitation umfasst.

³³¹ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 142

³³² Vgl. Szathmary (1999) S. 169

Ablaufprozess des Disease Managements

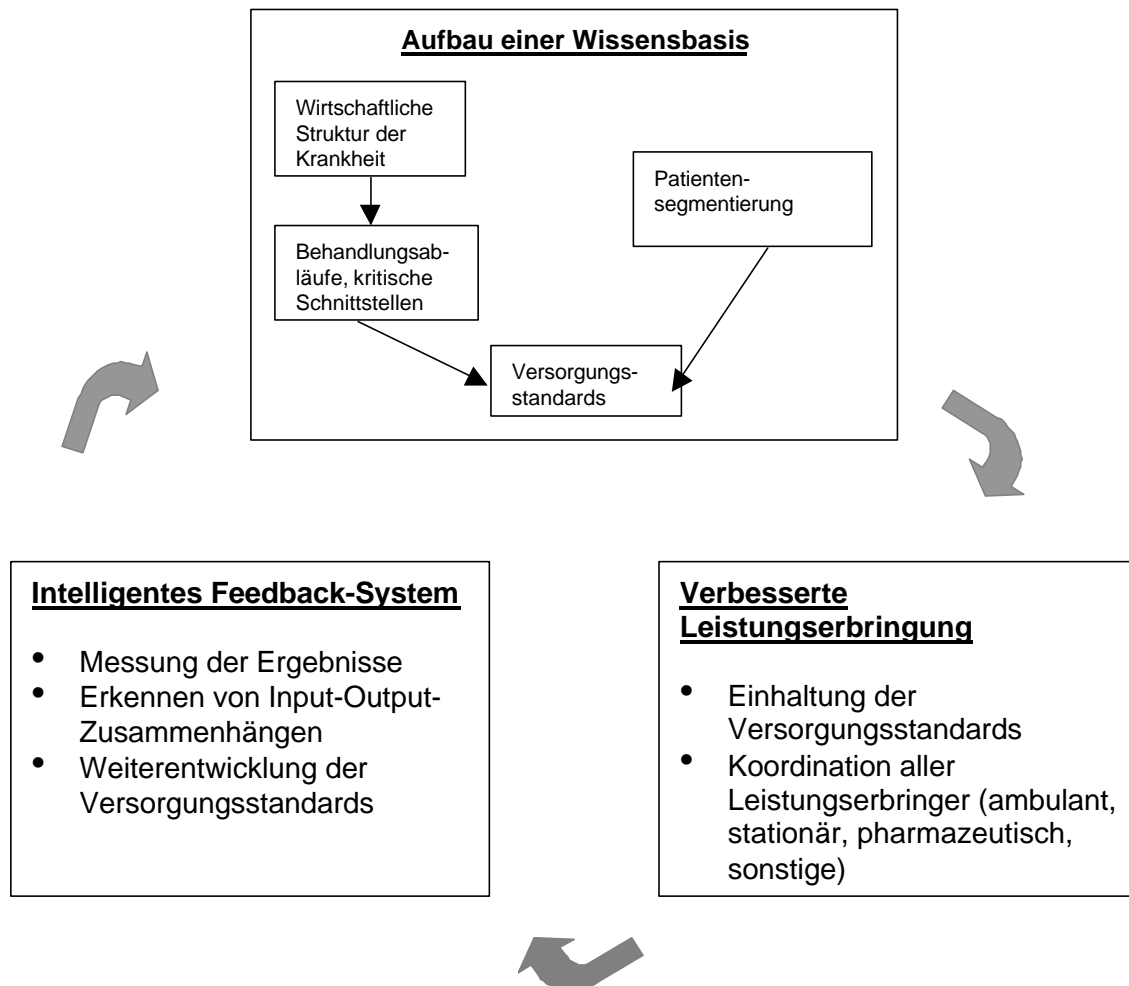


Abb. 29: Ablaufprozess des Disease Managements, Quelle: Neuffer (1999) S. 153

Durch die äußerst komplexe Betrachtung von ganzen Krankheiten ist die erfolgreiche Implementierung von Disease Management-Programmen auch von einem entsprechenden Umfeld abhängig. Dazu gehört laut A. Greulich z.B. ein integriertes Versorgungssystem über Sektorengrenzen hinweg, eine evidenzbasierte Wissensbasis zu den Diagnosen inkl. Prävention, entsprechende Anreizsysteme, eine hochentwickelte IT-Struktur mit gesammelten und ausgewerteten medizinischen und ökonomischen Daten, Instrumente zur Weiterentwicklung der

³³³ Vgl. Szucs (1997) S. 142 f.

Prozesse und eine Verfahrensintegration in die Aus- und Weiterbildung.³³⁴ Da die Entwicklung von Disease Management-Programmen mit hohen Kosten verbunden sind, kommen sie nur für ausgewählte Krankheiten in Frage. Kriterien hierfür sind die große Häufigkeit der Krankheit, hohe Fallkosten und große Differenzen in den aktuellen Behandlungsstandards, die auch hohe Kostenabweichungen nach sich ziehen.³³⁵

Disease Management kann sicherlich bezüglich der Koordination der Behandlungsprozesse als das komplexeste Managed Care-Instrument beschrieben werden, dass aber auch erhebliche Anforderungen an die Infrastruktur und die Beteiligten stellt. Im Rahmen der Istanalyse wurde bereits auf die aktuelle Entwicklung der Disease Management-Programme in Deutschland eingegangen.

Case Management

Case Management kann als Strategie zur Förderung der effektiven Versorgung spezieller (in der Regel teurer) Patienten definiert werden. Diese Personen unterliegen ärztlicher, psychologischer und sozialer Betreuung, die von verschiedenen Institutionen abgedeckt wird und deren Koordination die Hauptaufgabe des Case Managers darstellt.³³⁶ Durch diese Koordinationsaufgabe werden also die unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungssektoren miteinander verbunden. Typische Aufgabengebiete finden sich z.B. in der Kommunikation mit den behandelnden Ärzten, der Vorbereitung einer nachstationären Versorgung inklusive Pflegedienste, Familienunterstützung, Patientenschulung sowie der Überwachung der Compliance wieder. Wichtig hierfür ist das Vertrauen des Versicherten gegenüber dem Case Manager. Darum sollte der Case Manager nach Möglichkeit auch als langfristiger Ansprechpartner fungieren, der die Patientenkarriere kennt und Informationen zum sozialen Umfeld hat.³³⁷ Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann Case Management ein sehr wirkungsvolles Instrument sein, da bei kostenintensiven Fällen der gesamte Behandlungsprozess bereits im Vorfeld detailliert abgesprochen und festgelegt werden kann.³³⁸

³³⁴ Vgl. Greilich (2000) S. 27.

³³⁵ Vgl. Claes, Mahlfeld (1999) S. 34 f.

³³⁶ Vgl. Szathmary (1999) S. 167

³³⁷ Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 168

³³⁸ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 15

Kostenbeteiligungen des Versicherten

In fast allen Managed Care-Tarifen haben die Versicherten in irgendeiner Form einen Teil der Kosten selbst zu tragen (Selbstbeteiligungen, Malussysteme, Franchisen). Umgekehrt sind zur Anreizgestaltung auch Bonussysteme oder Beitragsrückerstattungen bei Schadenfreiheit möglich. Alle diese Modelle werden eingesetzt, um die Lenkungsfunktion des Preises zu nutzen und dadurch die Schwelle zur Leistungsanspruchnahme durch den Versicherten zu erhöhen.³³⁹

4.2. Managed Care in den USA

Entstanden ist Managed Care im Kontext des amerikanischen Gesundheitswesens der 70er und 80er Jahre, primär um den stark gestiegenen Kosten mit entsprechenden Instrumenten zu begegnen.³⁴⁰ Ausgehend von dieser Zielsetzung lag folglich auch der Schwerpunkt von Managed Care zunächst auf Kostenkontrollmechanismen.³⁴¹ So bezeichnete das Institute of Medicine Managed Care 1989 als “[...] Anhäufung von Techniken, die von Leistungseinkäufern oder für sie eingesetzt werden, um die Kosten im Gesundheitswesen unter Kontrolle zu halten“.³⁴²

Allerdings liegt mittlerweile auch in den USA der Managed Care-Schwerpunkt auf Kosten und Qualität. Nach P. Kongstvedt handelt es sich demnach bei Managed Care um ein Gesundheitsdienstleistungssystem, das versucht die Kosten, die Qualität und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu managen³⁴³ und R.H. Miller und H.S. Luft verstehen unter Managed Care als kleinsten gemeinsamen Nenner die Existenz eines Netzwerkes von Leistungserstellern im Gesundheitswesen.³⁴⁴

Dennoch: Das Gesundheitssystem der USA ist das teuerste der Welt und Managed Care wird oftmals als Begründung für die finanziellen Misere genannt.

³³⁹ Vgl. Rachold (2000) S. 58 ff.

³⁴⁰ Vgl. Cohen (1997) S. 159 und Leither, Loest, Thielscher (1997) S. 55

³⁴¹ Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 10

³⁴² Vgl. Rosleff, u.a. (1995) S. 27

³⁴³ Vgl. Kongstvedt (1996) S. 996

³⁴⁴ Vgl. Miller, Luft (1994) S. 1512

So meint z.B. J. Behrens, „dass die deutschen Hoffnungen auf Wettbewerb und Managed Care als Problemlöser für das Gesundheitswesen bei vielen Amerikanern Verwunderung auslöst. Vor dem Hintergrund der US-Erfahrungen der letzten Jahrzehnte wäre eher mit einem Verlust an Effizienz zu rechnen, der zum Ausschluss schlechter Risiken aus dem Versorgungssystem führen würde.“³⁴⁵ Aber genau diese Folgen, die hier Managed Care angelastet werden, sind eigentlich klassische Aufgaben, die im Rahmen von notwendigen staatlichen Eingriffen zu erledigen sind (z.B. Pflichtversicherung für einen Großteil der Bevölkerung, solidarische Finanzierung, etc.).³⁴⁶

Die Entstehung von Managed Care in den USA geht im Wesentlichen auf H. Kaiser zurück, der in den 30er Jahren die medizinische Versorgung für die in seinem Unternehmen tätigen Angestellten dadurch sicherstellte, dass er Ärzte direkt unter Vertrag nahm und damit die erste HMO gründete. Die Mitgliederzahlen von HMOs in den USA entwickelten sich zu Beginn allerdings eher schleppend. Erst mit den Gesetzesnovellen der Jahre 1976 und 1978, die die HMOs von einem Teil der bis dahin bestehenden Auflagen befreiten und vor allem eine stärkere Freiheit in der Prämiengestaltung boten, konnten sie entscheidend an Marktanteilen gewinnen.³⁴⁷ Der Anfang der 80er Jahre von der Reagan-Administration gewünschte Wettbewerb im Gesundheitswesen führte dann zu einem richtigen Boom des Managed Care-Marktes. Große Mengen privates Kapital flossen ins Gesundheitswesen und viele, vormals gemeinnützige HMOs, wurden in profitorientierte Organisationen umgewandelt.³⁴⁸ Die Entwicklung der HMOs erfuhr zu diesem Zeitpunkt ein entsprechend starkes Wachstum. Das Gesundheitswesen wurde mithin zu einer großen Industrie, wo viel Geld verdient werden konnte.³⁴⁹ Aufgrund fehlender Rahmenbedingungen war und ist dabei die Risikoselektion ein probates Marktbearbeitungsmittel für die HMOs. Viele der Programme sind auf die Gewinnung junger Mitglieder ausgerichtet und im Gegensatz dazu wird schlechten Risiken oftmals der Zugang zur Krankenversicherung verweigert oder zumindest

³⁴⁵ Behrens, u.a. (1996) S. 11

³⁴⁶ Seitz, König, Stillfried stellen hierzu fest, dass das Gesundheitswesen in den USA viel stärker als Wirtschaftssektor betrachtet wird (Health Care Industry) und nicht als ein vornehmlich für den Bestand der Gesellschaft wichtiges Sozialsystem; Vgl. Seitz, König, Stillfried (1998) S. 3

³⁴⁷ Vgl. Haubrock (2000) S. 27

³⁴⁸ Vgl. Baumberger (2001) S. 44

³⁴⁹ Vgl. Light (1997) S. 47

erheblich erschwert.³⁵⁰ Da die Amerikaner darüber hinaus auch sehr häufig ihre Krankenversicherer wechseln müssen (durch Umzüge oder Arbeitgeberwechsel), sind die meisten Instrumente der gewinnorientierten Managed Care-Organisationen auf ein kurzfristiges Cost-cutting angelegt.³⁵¹ Die Kosten des Gesamtsystems steigen aber weiter und heute findet man die größte und komplexeste Gesundheitsbürokratie nicht in einem planwirtschaftlichen System, sondern in einem System mit größtmöglicher Annäherung an die private Wirtschaft.³⁵² Vor allem die Abrechnungs- und Kontrollmechanismen verursachen ungeheure Kosten und sind mit einer erheblichen Bürokratie verbunden. Es fehlt z.B. ein einheitlicher Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen und alle Forderungen der Ärzte müssen individuell mit der Kasse abgestimmt werden. Die Überbetonung von Wettbewerb in den USA während der letzten zehn Jahre war demzufolge eine Antwort auf ein außer Kontrolle geratenes System.³⁵³

Zur Klärung der Frage, ob Managed Care in den USA ein Vorbild für die GKV sein kann, ist vor allem zu beachten, dass es zwischen beiden Kulturen große Differenzen in der Definition von Solidarität und Eigenverantwortung gibt. In den USA ist die Gesellschaftsordnung wesentlich stärker auf die Selbstverantwortung des Individuums ausgerichtet.³⁵⁴ Bundesstaatlichen und allgemein übergreifenden Lösungen steht man mit Misstrauen gegenüber, was das Scheitern des Clinton-Planes zur Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung eindrucksvoll belegt.³⁵⁵

Diese Betonung der Individualisierung führt in den USA aber auch dazu, dass 16% der Amerikaner, die sich entweder eine private Krankenversicherung nicht leisten können oder keine Krankenversicherung über ein Arbeitsverhältnis erlangen und auch die Voraussetzungen für die staatlichen Programme nicht erfüllen, eben gar nicht krankenversichert sind.

³⁵⁰ Vgl. Stone (1996) S. 37

³⁵¹ Vgl. Szathmary (1999) S. 193

³⁵² Vgl. Light (1997) S. 44

³⁵³ Vgl. Light (1997) S. 46

³⁵⁴ Vgl. Morone (1996) S. 50; Brenner, Weil, Battistella (1996) S. 35

³⁵⁵ Vgl. Kayser (1998) S. 46

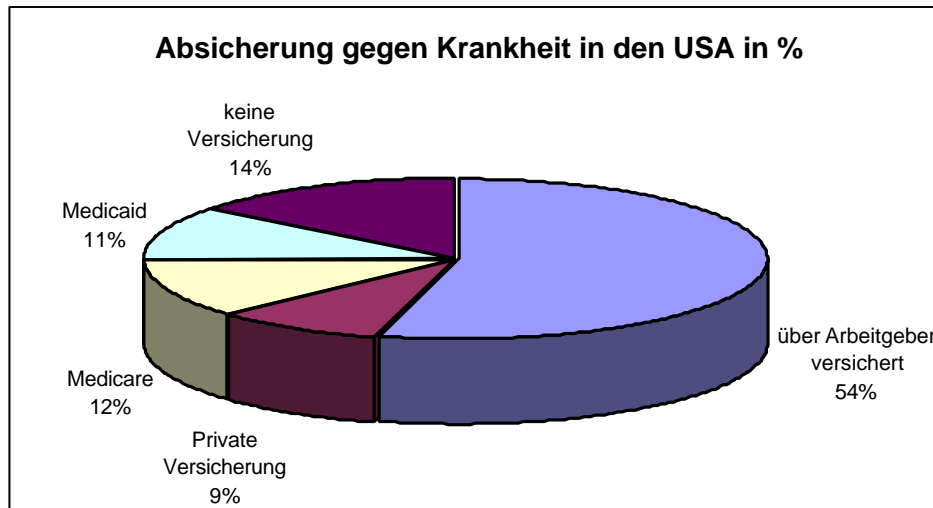


Abb. 30: Absicherung gegen Krankheit in den USA in %, Quelle: OECD (Stand 2000)

Weiterhin bedeutet die Individualisierung und die fehlende gesamtheitliche Rahmenordnung, dass Managed Care von den Interessen und Zielen einzelner Marktteilnehmer dominiert wird. Diese sind natürlich rein mikroökonomisch orientiert und üben dieses auch sehr effektiv und effizient aus.

Allerdings trifft Managed Care in den Gesundheitssystemen der westeuropäischen Länder auf eine andere Kultur und andere gesetzliche Rahmenordnungen als in den USA. Die Erfahrungen in den USA bestätigen aber nochmals die Wichtigkeit der wettbewerbsbegrenzenden Faktoren ohne die ein Managed Care-System tatsächlich leicht außer Kontrolle geraten kann (Marktversagen).

Ein weiterer Lerneffekt geht aus der möglichen Verhinderung von starken Machtgefällen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern hervor. Durch die Konzentration der Marktmacht auf wenige Managed Care-Organisationen und der Vielzahl kleiner Vereinigungen von Leistungserbringern auf der anderen Seite entstand in den USA ein solches Marktmarktgefälle. Eine notwendige partnerschaftliche Organisation von Managed Care-Systemen ist deshalb ein weiterer wichtiger Punkt der aus den Entwicklungen in den USA abzuleiten ist.³⁵⁶ Die Akteure in Managed Care-Beziehungen sollten also in etwa gleichberechtigten Vertragsverhältnissen eingebunden sein.³⁵⁷ In den USA waren die Machtverhältnisse zu Beginn der Managed Care-Bewegung klar geregelt, nämlich zugunsten der Kostenträger. Aber auch zwischen den Kostenträgern darf der Wettbewerb

³⁵⁶ Vgl. Lankers (1998) S. 139

³⁵⁷ Vgl. Baumberger (2001) S. 52

nicht zu einer zu starken Marktkonzentration führen. Ansonsten entstehen hohe Markteintrittsbarrieren für weitere Anbieter und der Wettbewerb würde zu Lasten der Konsumenten außer Kraft gesetzt.³⁵⁸

4.3 Managed Care in Europa am Beispiel der Schweiz

In der deutschsprachigen Literatur definieren V. Amelung und H. Schumacher Managed Care als eine Anwendung von Managementprinzipien mit der zumindest partiellen Integration von Leistungsfinanzierung und -erstellung, sowie dem selektiven Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserstellern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.³⁵⁹

Greift man diese Definition auf, so wird deutlich, dass Managed Care kein amerikanisches Phänomen ist, sondern grundsätzlich auch in anderen Gesundheitssystemen eingesetzt werden kann.³⁶⁰ Das Managed Care gerade in den USA entstanden ist liegt lediglich daran, dass es dort durch die starke Wettbewerbsorientierung am schnellsten Ausbreitung finden konnte.³⁶¹

Die europäische Kultur von Managed Care lässt sich am besten im schweizerischen System ablesen, obwohl oder gerade weil es sich deutlich von den amerikanischen Ausprägungen unterscheidet. Transparent wird dieses durch die Definition der Beratungsgesellschaft Coopers&Lybrand³⁶², wo vor allem der besondere sozialpolitische Rahmen auf den Managed Care in der Schweiz (aber auch generell in den nationalen Gesundheitssystemen Westeuropas) trifft, berücksichtigt wird:

³⁵⁸ Vgl. Igl, Nägele (1999) S. 15

³⁵⁹ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 4

³⁶⁰ Auch nach Knieps ist Managed Care keine amerikanische Erfindung, sondern heißt zunächst nur einmal das Gesundheitswesen mit modernen Führungsinstrumenten zu steuern. Die USA seien nur deshalb in den Blickpunkt gerückt, weil dort ein überwiegend privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen mit sehr geringem Regelungsgrad vorzufinden ist; Knieps (1996) S. 2

³⁶¹ Vgl. Haubrock (2000) S. 13

³⁶² Mittlerweile PWC (Pricewaterhouse Coopers)

*„Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Maß und auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falls überwacht, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen.“*³⁶³

Die Definition weist einige Formulierungen auf, die in den vorhergehenden nicht zu finden sind. So wird der Nutzen für die Bevölkerung durch eine prozessorientierte Vorgehensweise in den Vordergrund gestellt. Weiterhin wird die Einbettung von Managed Care in das soziale Gesamtsystem herausgestellt, was der Hinweis zeigt, dass eine Orientierung an den staatlichen Zielvorgaben erfolgt und somit nicht ausschließlich die Ziele einzelner Marktteilnehmer im Vordergrund stehen. Managed Care erlangt dadurch immer auch eine starke politische Bedeutung.³⁶⁴

Einig sind sich die Experten überwiegend aber darin, dass Managed Care die Innovations- und Anreizfunktion des Wettbewerbs benötigt, um tatsächlich steuernde Wirkung zu erlangen.³⁶⁵ Die Marktteilnehmer müssen hiernach ständig verbesserte Produkte bzw. eine effiziente Dienstleistungsqualität anbieten, um nicht aus dem Markt gedrängt zu werden. Dazu muss der Kunde Alternativen zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten haben.

Diese notwendige Voraussetzung für Managed Care-Systeme wird durch die in der Istanalyse geschilderten aktuellen Probleme der deutschen Ärztenetze (als definierte erste Managed Care-Versuche in Deutschland) eindrucksvoll bestätigt. Ohne eine wettbewerbsorientierte Marktstruktur und den damit verbundenen Konkurrenzsituationen fehlen den Marktteilnehmern der Wille und auch der Druck sich um Innovationen zu bemühen. Versicherte, Kostenträger und auch die Leistungserbringer haben keine wirklichen Anreize Managed Care-Produkte

³⁶³ Rosleff, u.a. (1995): Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care, S. 28

³⁶⁴ Vgl. Baumberger (1998) S. 232

³⁶⁵ Vgl. Leither, Loest, Thielscher (1997) S. 77; Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 32

voranzutreiben.³⁶⁶ Stärkere Impulse als aus den USA sind also vor allem aufgrund der ähnlichen kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen von der schweizerischen Managed Care-Entwicklungen zu erwarten.

4.3.1. Die Grundzüge des schweizerischen Gesundheitswesens

Die obligatorische Grundversicherung für alle Schweizer war demnach auch eines der Kernelemente des KVG. Im Unterschied zur GKV werden dabei von der Pflichtversicherung keine Personenkreise ausgenommen und es gibt auch keine kostenfreie Mitversicherung für Familienangehörige. Demnach zahlen auch Ehegatten und Kinder eigene Beiträge.³⁶⁷ Vom Leistungskatalog her handelt es sich bei der obligatorischen Grundversicherung immer noch um eine sehr umfassende Krankenversicherung. Nicht in die Grundversicherung integriert sind die sogenannten Lohnersatzleistungen, also in erster Linie das Krankengeld. Hierzu gibt es in der Schweiz eine von der Grundversicherung unabhängige freiwillige Tagegeldversicherung.³⁶⁸ Ein weiterer Unterschied liegt im Bereich der Zahnmedizin, wo über die obligatorische Krankenversicherung lediglich Leistungsansprüche infolge von Unfällen oder Krankheiten abgedeckt werden. Ansonsten ist der Leistungskatalog, obwohl als Grundversicherung titulierte, durchaus mit dem der deutschen GKV zu vergleichen.

Versicherer und Versicherte

Die Finanzierung der Grundversicherung erfolgt größtenteils über die Beitragseinnahmen der Versicherer. Dabei kalkulieren die Krankenkassen Kopfprämien, die innerhalb eines Kantons für alle Personen die gleiche Höhe aufweisen müssen. Ausnahmen (d.h. verbilligte Prämien) werden lediglich bei Kinder und Jugendli-

³⁶⁶ B. Szathmary meint hierzu, dass vor allem das selektive Kontrahieren und die damit verbundene Möglichkeit zur Differenzierung des Leistungsspektrums die wichtigste Voraussetzung für Managed Care ist. Ein offener und gleichzeitig kontrollierter Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördere die Mobilisierung von Produktivitätsreserven, ohne dass eine Verwilderung dieses sensiblen Marktes eintrete; Vgl. Szathmary (1999) S. 329

³⁶⁷ Vgl. Art 3 KVG

³⁶⁸ Vgl. Art. 67 KVG ff.

chen zugelassen.³⁶⁹ Zwischen den Versicherern und auch zwischen den Kantonen bestehen aber sehr wohl große Unterschiede in den Kopfpauschalen. So zahlte im Jahr 2000 ein Versicherter im Kanton Basel durchschnittlich 252 SFR monatlich, während ein Erwachsener im Kanton Apenzell lediglich 116 SFR zahlen musste.³⁷⁰

Weitere Einnahmen erzielen die Versicherer durch die kantonalen Subventionen (an denen sich auch der Staat beteiligt) für wirtschaftlich schwächere Versicherte. Die beträchtlichen Eigenbeteiligungen der Mitglieder stellen die dritte Finanzierungsquelle der Krankenversicherer dar. Hierzu gehört zunächst eine gesetzlich festgelegte Mindestfranchise, die sozusagen die Grenze bildet, ab der Versicherungsleistungen überhaupt erst einsetzen. Versicherte können auf freiwilliger Basis auch eine höhere als die gesetzlich vorgeschriebene Franchise wählen und im Gegenzug dafür einen Prämienrabatt erhalten. Die oberhalb dieser Franchise anfallenden Leistungsausgaben werden nochmals mit einer 10%igen Kostenbeteiligung belegt. Aber auch hier kann auf freiwilliger Basis eine höhere Kostenbeteiligung gewählt werden. Zur Sicherung eines Mindestniveaus des Versicherungsumfangs werden jährliche Höchstgrenzen für die Franchise und die Kostenbeteiligung festgelegt.³⁷¹

Im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung ist der Leistungsumfang in Art und Höhe per Gesetz festgelegt.³⁷² Trotzdem bestehen in der Schweiz erhebliche Möglichkeiten der Produktdifferenzierung für die Krankenversicherer. Es bieten sich also Variationsmöglichkeiten in der Selbstbeteiligungs- und Franchisehöhe an, um differenzierte Tarife zu kalkulieren. Weitere Möglichkeiten in der Tarifgestaltung bieten die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle)³⁷³ und den Möglichkeiten im Rahmen der Zusatzversicherungen. Durch diese Produktdifferenzierungen besteht eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit für die Krankenversicherer sich an den individuellen Bedürfnissen der Kunden zu orientieren. Durch den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestumfang der Grundversicherung (insbesondere durch die Beschränkung der Franchise und

³⁶⁹ Vgl. Art. 61 KVG

³⁷⁰ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2000) S. 12

³⁷¹ Die gesetzliche Mindestfranchise lag 1998 bei 230 SFR und die maximale Franchise bei 1.500 SFR. Bei der Kostenbeteiligung liegt das Limit bei 600 SFR pro Jahr; Vgl. Egli (1998) S.6

³⁷² Vgl. Art. 25-31 KVG

³⁷³ Vgl. Art. 62 KVG

Kostenbeteiligung) wird gleichzeitig der Gefahr der Unterversicherung entgegengewirkt.

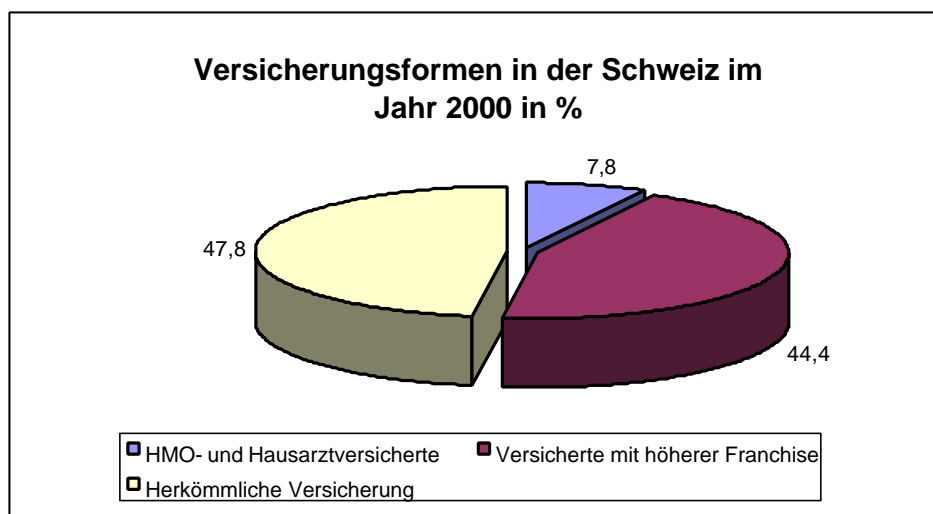


Abb. 31: Versicherungsformen in der Schweiz im Jahr 2000 in %, Quelle BSV

Für die Versicherten besteht die freie Wahl zwischen den zugelassenen Krankenversicherern. Die Wechseltermine sind allerdings gesetzlich fixiert, nämlich jeweils zur Jahresmitte und zum Jahresende. Darüber hinaus können Mitglieder bei Prämien erhöhungen ein Sonderkündigungsrecht mit einmonatiger Kündigungsfrist geltend machen. Für die Krankenversicherer gilt ein gesetzlich geregelter Kontrahierungszwang, d.h. sie sind verpflichtet jedes Mitglied bei Antragstellung zu akzeptieren und aufzunehmen.³⁷⁴

Das Wechselverhalten der Versicherten ist seit 1996 auch angestiegen, liegt aber insgesamt immer noch auf einem recht niedrigen Niveau. Wie auch in der GKV wechseln eher kostengünstige und jüngere Versicherte ihre Krankenkasse. Beispielsweise zeigt eine Berechnung der CSS-Versicherung, dass 1996 die Kassenwechsler Leistungsausgaben in Höhe von 67 SFR verursachten und die verbliebenen Mitglieder mit durchschnittlich 144 SFR zu Buche schlugen. Des Weiteren wechselten 1997 19% der 19 - 37-jährigen Versicherten, bei den Rentnern jedoch nur 6% der Versicherten die Kasse.³⁷⁵ Ähnliche Ergebnisse wurden auch im Rahmen der bereits beschriebenen Sondergutachten zum Risikostrukturausgleich in Deutschland festgestellt.

³⁷⁴ Vgl. Art. 4 und 7 KVG

³⁷⁵ Vgl. CSS Versicherung (1998) S. 10

Neben den im Gesetz definierten Leistungen dürfen die Krankenversicherer keine zusätzlichen oder höheren Leistungen innerhalb der Grundversicherung anbieten. Allerdings haben sie die Möglichkeit die bereits erwähnten Zusatzversicherungen neben der Grundversicherung zu offerieren. Diese sind allerdings getrennt von der Grundversicherung zu kalkulieren und auch zu finanzieren. Für die Zusatzversicherungen gelten dann aber auch nicht mehr die Bedingungen der Grundversicherung und die Prämien werden risikoadäquat berechnet.³⁷⁶ Inhaltlich gleichen die Zusatzversicherungen durchaus denen der PKV in Deutschland und bewegen sich größtenteils im Bereich einer höheren Servicequalität in der Behandlung (z.B. Einbettzimmer im Krankenhaus).

Zurzeit gibt es in der Schweiz noch 96 Krankenversicherer, wobei die drei größten Anbieter bereits ca. 50% der Versicherten abdecken und die 11 größten Versicherer rund 90% der Bevölkerung versichern.³⁷⁷ Generell ist der Zugang zur Durchführung der Krankenversicherung offen. Jeder Versicherer, der die Voraussetzungen des Gesetzes erfüllt und beachtet, kann grundsätzlich Krankenversicherungen anbieten. Neben Institutionen, die Krankenversicherungen als einziges Produkt anbieten (Krankenkassen) gibt es auch zugelassene private Versicherungsgesellschaften, die neben der Grundversicherung auch weitere Versicherungsprodukte anbieten.³⁷⁸ Alle Krankenversicherer haben das Verbot der Gewinnausschüttung zu beachten, d.h. sie müssen die eingenommenen Mittel auch im Krankenversicherungszweig einsetzen. Jeder Versicherer ist dabei für genügend Einnahmen und somit für die Festsetzung der Prämien selbst verantwortlich, der Staat garantiert ihnen keine Übernahme von Defiziten. Kostensteigerungen müssen sich also sofort (nach Aufzehrung der Rücklagen) in höheren Prämien niederschlagen. Das Departement für Sozialversicherung veröffentlicht jeweils eine Liste über die zurzeit zugelassenen Krankenversicherer.³⁷⁹

³⁷⁶ Vgl. Frei (1998) S. 9

³⁷⁷ Vgl. Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz (1998) Punkt 2.3 S. 6

³⁷⁸ Damit diese privaten Unternehmen die Grundversicherung anbieten können, müssen sie hierzu für diesen Zweig einen Verein, Genossenschaft, Stiftung oder eine nichtgewinnorientierte Aktiengesellschaft gründen.

³⁷⁹ Vgl. Art. 12, 13 und 60 KVG

Neben der freien Wahl der Versicherer haben die Versicherten auch Anspruch auf die freie Arztwahl. Beansprucht ein Versicherter allerdings Leistungen außerhalb seines Wohn- bzw. Arbeitsortes übernimmt der Versicherer maximal die Kosten in Höhe des am Wohn- bzw. Arbeitsort gültigen Tarifes.³⁸⁰ Die Rechnungsbegleichung kann dabei nach dem Kostenerstattungs- oder nach dem Sachleistungsprinzip erfolgen.

Der Risikoausgleich

Ähnlich wie in der deutschen GKV wurde auch in der Schweiz ein Risikoausgleich eingeführt, wodurch morbiditätsabhängige Unterschiede in den Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenversicherungen möglichst ausgeglichen werden sollen (nicht aber die Unterschiede durch Kostenmanagement). Da zur Finanzierung der Krankenversicherung in der Schweiz Kopfpauschalen erhoben werden, d.h. die Beitragsberechnung unabhängig vom Einkommen erfolgt, konnte der Ausgleichsparameter Einkommen unberücksichtigt bleiben; gleiches gilt für die Familienlast.

Berücksichtigung finden im schweizerischen Risikoausgleich zurzeit deshalb nur die Parameter Alter und Geschlecht. Dabei werden beide Geschlechter in je 15 Altersgruppen unterteilt. Man erhält also insgesamt 30 Cluster, deren Durchschnittskosten jährlich, gestützt auf eine Vollerhebung aller Kosten, ermittelt werden. Eine zentrale Ausgleichsstelle regelt den Zahlungsverkehr zwischen den Kassen. Hat ein Versicherer überwiegend Versicherte aus Cluster, die mehr Leistungsausgaben als Einnahmen verursachten, erhält er entsprechend Geld aus der Ausgleichskasse und umgekehrt.³⁸¹

Derzeit werden in der Schweiz viele Untersuchungen und Berechnungen zum Risikoausgleich durchgeführt und die Ergänzung oder Substitution von Berechnungsparametern ist immer wieder Grundlage von Diskussionen. Darüber hinaus bieten aber auch die Zusatzversicherungen eine Möglichkeit zur Risikoselektion: Möchte z.B. ein Versicherter mit tendenziell schlechtem Risiko die Grundversicherung (und damit zusammen in der Regel auch die Zusatzversicherungen)

³⁸⁰ Vgl. Art. 42 KVG

³⁸¹ Vgl. CSS Versicherung (1998) S. 16

wechseln, könnte die neue Kasse Schwierigkeiten bei der Deckung der Zusatzversicherung machen, um auch die Grundversicherung nicht durchführen zu müssen.

Beziehungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern

Zwar werden grundsätzlich weiterhin Kollektivverträge mit Einzelleistungsvergütung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Verbänden der Versicherer auf Kantonsebene geschlossen, allerdings fassen auch Verträge von Versicherern mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen immer stärker Fuß. Vor dem Inkrafttreten des KVG waren solche Vereinbarungen nur im Rahmen von Modellversuchen durchführbar, was deutliche Parallelitäten zur GKV erkennen lässt. Dabei wurden vor allem Gatekeepingprodukte (HMO und Hausarztssystem) entwickelt, bei denen sich die Versicherten im Recht der freien Arztwahl einschränken und im Gegensatz dazu weitere Prämienrabatte erhalten. In Kap. 4.2.2 wird auf diese Modelle nochmals detailliert eingegangen.

Die Vergütung der Ärzte erfolgt wie in der deutschen GKV überwiegend nach dem Einzelleistungstarif, obwohl Art. 43 KVG durchaus auch andere Formen der Vergütung zulassen würde. Weiterhin gibt es in der Schweiz keine Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer in Form von Quoten pro Einwohner, wie dies in der GKV praktiziert wird. Demzufolge kann sich jeder Arzt, der die formalen Voraussetzungen erfüllt, in jedem Gebiet der Schweiz mit einer eigenen Praxis niederlassen und Leistungen zur Grundversicherung abrechnen. Dieses führte zu einem starken Anstieg der Ärztezahlen, was sich nicht zuletzt auch auf die Prämien der Versicherer auswirkte.

So ergaben Untersuchungen, dass die Differenzen in den Prämien der Versicherer signifikant mit der Ärztedichte korrelieren.

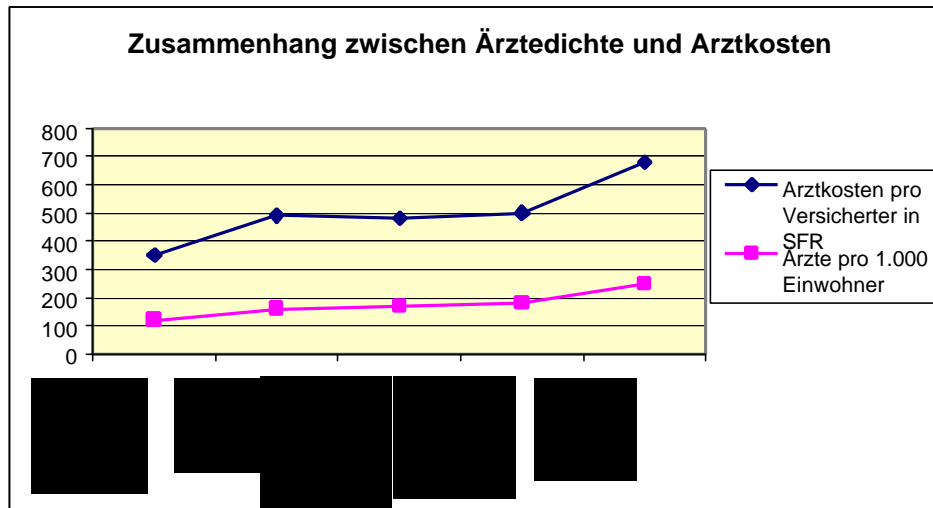


Abb. 32: Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Arztkosten, Quelle: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz (1998) Punkt 2.3 S. 9

Die Tarife für die einzelnen ärztlichen Leistungen werden zwischen den kantonalen Verbänden der Versicherer und den kantonalen Ärztegesellschaften ausgehandelt. Generell erfolgt in der Schweiz dabei noch keine Budgetierung der Gesamtkosten und die Tarife sind auch kantonal unterschiedlich. Derzeit ist man darum bemüht im Rahmen des GRAT³⁸²-Projektes (mittlerweile abgelöst durch TarMed³⁸³) Vereinheitlichungen zu schaffen, was aber bereits im KGV 1996 schriftlich fixiert wurde.³⁸⁴

4.3.2. Die Entwicklung von Managed Care in der Schweiz

Die Managed Care-Bewegung in der Schweiz entstand nicht erst mit der Einführung des KVG 1996. Schon Jahre vorher wurden die amerikanischen Managed Care-Entwicklungen diskutiert und auf den vermeintlichen Einsatz im schweizerischen Gesundheitswesen überprüft. So wurde bereits 1990 die erste HMO in Zürich

³⁸² Gesamtrevision Arzttarif

³⁸³ Tarif Medizin

³⁸⁴ Die Ziele des GRAT liegen neben der Etablierung einer einheitlichen Tarifstruktur auch in der Anhebung der Grundleistungen zugunsten der Grundversorger und zu Lasten von technischen Leistungen. Des Weiteren sollen gleiche Leistungen unabhängig vom Erbringungsort (ambulant oder stationär) mit dem gleichen Honorar vergütet werden; Vgl. Streit (2000) S. 1615 ff.;

gegründet und 1994 folgte das erste Hausarztnetz in Winterthur. Beide Systeme liefen zunächst als Modellversuche, da erst mit dem KVG 1996 die gesetzliche Möglichkeit geschaffen wurde, um mit einzelnen Arztgruppen direkte Managed Care-Verträge zu vereinbaren.³⁸⁵

Mittlerweile haben sich die HMOs und vor allem die Hausarztnetze im schweizerischen Gesundheitswesen etabliert und im Jahr 2000 waren knapp 580.000 Schweizer in einer solchen Einrichtung eingeschrieben.³⁸⁶

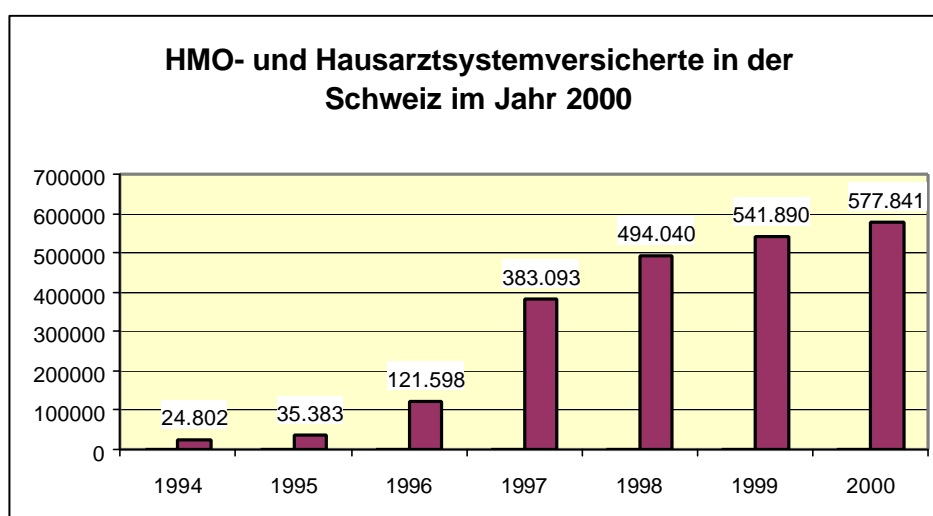


Abb. 33: HMO- und Hausarztssystemversicherte in der Schweiz im Jahr 2000, Quelle: BSV Statistik über die Krankenversicherung des Jahres 2000

Die Gründung der ersten HMO in Europa

Die Einführung der ersten HMO 1990 brachte vor allem große kulturelle Veränderungen für die Beteiligten, da die Integration von Medizin und Ökonomie zu diesem Zeitpunkt auch in der Schweiz nur sehr schwach ausgeprägt war.

Start der Überlegungen war zunächst die Idee, im Rahmen der 1985 gegründeten Interessensgemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle (IGAK), das Konzept der HMOs in Amerika auf schweizerische Verhältnisse zu übertragen. Dabei sollte der Grundgedanke, dass eine Gruppe von Leistungserbringern ökonomische Mitverantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung einer

³⁸⁵ Hier sind deutliche Parallelen zur GKV zu finden, wo zurzeit ebenfalls nur Modellverträge, Strukturverträge und Verträge zur integrierten Behandlung möglich sind, Überlegungen zu einer generellen Vertragsfreiheit für die Krankenkassen aber heftig diskutiert werden.

³⁸⁶ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2000) S. 7

festen Versichertengemeinschaft übernimmt, auf jeden Fall erhalten bleiben. Das Modellprojekt, mit zunächst drei angestellten Ärzten, lief am 01.01.1990 mit der Eröffnung der ersten europäischen HMO in Zürich-Wiedikon offiziell an. In der Folgezeit wurden dann zwei weitere HMOs in Zürich und Basel, ebenfalls zunächst als Projekt, gegründet.³⁸⁷

Funktionsweise der HMOs

Es handelt sich bei den HMOs in der Schweiz um klassische Staff Model-HMOs mit angestellten Grundversorgern, die aber oftmals nur in Teilzeitform für die HMO tätig sind. Träger der HMOs sind in der Regel die Krankenversicherer, allerdings gibt es mittlerweile auch einige ärzteigene Group-Model-HMOs, die in den letzten Jahren von der MediX AG in Zürich und Basel aufgebaut wurden.³⁸⁸

Die Funktionsweise der HMOs ist relativ einfach: Für die Versorgung eines definierten Versichertenkollektivs erhalten die HMOs pro Versicherten eine vereinbarte Pauschale, die alle selbst erbrachten und veranlassten Leistungen umfasst. Außerdem sind darin, neben den Leistungsausgaben der Grundversicherung auch die Verwaltungskosten der HMO (z.B. für Löhne, Infrastruktur, Mieten) enthalten. Als Ausgangspunkt für die Berechnung der Versorgungspauschalen werden im Wesentlichen die um die Parameter Alter und Geschlecht bereinigten durchschnittlichen Kosten der herkömmlich Versicherten im jeweiligen Kanton herangezogen. Von diesen Beträgen wird ein vereinbartes Kosteneinsparziel abgezogen (in der Regel 20%).³⁸⁹ Damit die Finanzierung der HMOs nicht durch wenige teure Versicherte gefährdet werden kann, wurde eine Großrisikogrenze von 20.000 SFR pro Jahr vertraglich vereinbart. Fallen für Versicherte in einem Jahr höhere Kosten an, so übernimmt die Krankenversicherung den übersteigenden Betrag. Aktuell bestehen Überlegungen der Versicherer diese Großrisikogrenze auf 10.000 SFR zu senken und von den diesen Betrag übersteigenden Kosten nur noch 90% zu übernehmen.

³⁸⁷ Vgl. Baumberger (2001) S. 121

³⁸⁸ Die MediX AG wurde von zwei Ärzten gegründet, die mittlerweile neben dem Management der eigenen HMO auch Managementleistungen im Gesundheitswesen anbietet.

³⁸⁹ Vgl. Huber, u.a. (1997) S. 2

Deckungsbeitragsrechnung HMO Zürich-Wiedikon 1994 und 1995		
Bezeichnung	1994	1995
Zahlen in 1.000 SF		
Durchschnittliche Anzahl Versicherte	6.691	6.649
Versorgungspauschalen	8.712	9.859
Übrige Leistungen	205	322
Umsatz	8.917	10.182
Medizinisches Verbrauchsmaterial	-248	-407
Externer Leistungsbezug (Spitäler, Spezialisten, Medikamente)	-4.841	-5.277
Deckungsbeitrag 1	3.828	4.498
Personalkosten	-2.141	-2.457
Raumkosten	-420	-439
Übrige administrative Kosten	-243	-301
Deckungsbeitrag 2	1.024	1.301
Abschreibungen	-567	-310
Zinsen	-31	1
Deckungsbeitrag 3	427	993
Neutrale Kosten / Erlöse	0	-13
Umlagen / interne Verrechnung	-423	-698
Deckungsbeitrag 4	4	282

Abb. 34: Deckungsbeitragsrechnung HMO Zürich-Wiedikon 1994 und 1995, Quelle: Huber, u.a. (1997) S. 5

Die Mitglieder eines Versicherers, die sich für die HMO-Versorgung entscheiden, verpflichten sich bei Erkrankungen immer zuerst einen HMO-Arzt als erste Anlaufstelle zu konsultieren (Ausnahme Notfall). Nimmt ein Versicherter ohne vorherigen Kontakt zu einem HMO-Arzt direkt einen Facharzt in Anspruch, so hat er mit entsprechenden Kostenbeteiligungen zu rechnen (in der Regel etwa 50%). Für diese Einschränkung in der freien Arztwahl erhalten die Versicherten, abhängig vom jeweiligen Anbieter, eine Prämienreduktion von derzeit 20 - 25%.

Neben der Prämienersparnis bestehen aber auch qualitative Vorteile: Vor allem die regelmäßige Kommunikation der Leistungserbringer z.B. durch wöchentliche Ärztebesprechungen und weitere regelmäßige Arbeitstreffen der Leiter der HMO-Zentren fördern ein ausgeprägtes Best-Practice-Sharing.³⁹⁰

An dieser Stelle werden bereits die veränderten Anforderungen an das Selbstverständnis der Ärzte deutlich. In den HMOs ist vor allem der Typ Arzt gefordert, der in dauerndem Wissensaustausch mit ärztlichen und nichtärztlichen Kollegen steht, was ein deutlicher Gegensatz zum herkömmlichen Einzelkämpfertum darstellt. Der Meinungsaustausch etabliert eine gegenseitige Qualitätskontrolle und ist Ansporn für eine gute Arbeit.³⁹¹

³⁹⁰ Vgl. Huber, u.a. (1997) S. 3

³⁹¹ Vgl. Huber, u.a. (1997) S. 4

Für die externe Qualitätssicherung bilden die Gutachten der unabhängigen Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in Managed Care), die rund 40 Standards für die HMOs vorschreibt und deren Einhaltung kontrolliert, eine wichtige Weiterentwicklung hin zu mehr Transparenz für die Versicherten. Abgebildet werden z.B. Fortbildungen der Mitarbeiter, Wartung der medizinischen Geräte, Pflichtenhefte bei Unfällen und vor allem die Dokumentation der medizinischen Prozesse. EQUAM zwingt damit vor allem Instrumente (strukturierte Fortbildungsplanung, systematisches Fehlermanagement) und Strukturen (Qualitätszirkel) zu etablieren, die es den Ärzten erleichtern, ihre eigene Arbeit besser zu reflektieren.³⁹² Aber auch im Servicebereich verfügen die HMOs über Standards, die in deutschen Einzelpraxen derzeit kaum erreichbar scheinen. So findet man Öffnungszeiten von 7:30 - 20:00 Uhr und bei Anfrage nach einem Termin vor 14:00 Uhr wird dieser noch für den gleichen Tag zugesagt. Die Wartezeiten in der Praxis sollen dabei 15 Minuten nicht übersteigen. Weiterhin besteht eine 24-h-Hotline mit persönlicher Beratung für die Versicherten. Im Wartezimmer stehen Kaffee und Tee sowie PCs bereit, mit denen Zugriff auf medizinische Datenbanken möglich ist, um sich über Behandlungsverfahren und Krankheiten generell zu informieren. Nicht zuletzt bieten die HMOs auch Selbsthilfe- und Gesundheitskurse an.³⁹³

Gründung des ersten Hausarztnetzes in Winterthur

Zum 01.03.1994 nahm das erste Hausarztnetz in Winterthur (WintiMed) seinen Betrieb auf, ebenfalls als Pilotprojekt. Nach dem eher schleppenden Beginn der HMOs brachte das Hausarztnetz WintiMed den eigentlichen Durchbruch für die Managed Care-Produkte in der Schweiz.

Die Funktionsweise der Hausarztnetze

Die Hausarztssysteme in der Schweiz sind mit dem IPA-System in den USA vergleichbar. Dabei schließen Versicherer mit einer Gruppe von Grundversorgern (Hausarztvereine) einen Vertrag über die medizinische Versorgung eines bestimmten Versichertenkollektivs ab. Die Ärzte bleiben weiterhin in ihren eigenen Praxen und behandeln neben den Hausarztssystemversicherten auch herkömmlich

³⁹² Vgl. Huber (2001) 18 f.; Trautmann (2001) S. 22 ff.; Thalmann (1999) Tagesanzeiger vom 29.11.99

Versicherte. Die Versicherten, die sich für die Versorgung über ein Hausarztnetz entscheiden, wählen einen Grundversorger aus einer Liste aus (nach Möglichkeit natürlich den jetzigen Hausarzt, falls dieser teilnimmt) und schreiben sich bei diesem für die Teilnahme am Hausarztssystem ein. Auch hier erhalten Versicherte eine Prämienreduktion von zurzeit 10 - 15%, da sie im Krankheitsfall immer zunächst den gewählten Grundversorger aufsuchen sollten. Konsultieren sie ohne Überweisung einen Facharzt, kommt es wie auch bei den HMOs zu empfindlichen Kostenbeteiligungen. Die Grundversorger rechnen ihre erbrachten Leistungen weiterhin nach dem Einzelleistungstarif ab. Wirtschaftliche Mitverantwortung übernehmen sie dadurch, dass sie bestimmte Kostenziele pro Jahr für das Gesamtnetz mit den Versicherern verabreden. Dabei werden die Kosten des Hausarztkollektivs einem Vergleichskollektiv aus Personen, die im herkömmlichen System versichert sind, gegenübergestellt. Diese Vergleichskollektive werden bezüglich der Faktoren Alter und Geschlecht bereinigt, so dass sie anschließend weitestgehend den Risiken der im Hausarztmodell Versicherten entsprechen und mit diesen verglichen werden können.³⁹⁴ Großrisiken, mit Kosten von mehr als 20.000 SFR pro Jahr werden analog der Verfahrensweise bei den HMOs behandelt. Die Gewinn- bzw. Verlustmöglichkeiten der Leistungserbringer werden dabei auf 3.000 - 5.000 SFR pro Jahr und pro Arzt beschränkt und als Erfolgsmessung wird immer das gesamte Ärztekollektiv herangezogen und nicht etwa der einzelne Arzt. Der Gewinn- bzw. Verlustbetrag pro Arzt wird also berechnet, indem der Gesamtgewinn bzw. -verlust des Hausarztnetzes (gegenüber dem Vergleichskollektiv) durch die Versichertenmonate, die auf die einzelnen Ärzte entfallen, dividiert wird.³⁹⁵ Damit die Grundversorger ihre Rolle als Gatekeeper ausüben können, sind sie insbesondere auf entsprechende Daten angewiesen. Zunächst werden sie von den Versicherern durch sogenannte Bestandslisten über die monatlichen Ein- und Austritte informiert. Darüber hinaus erhält der Gatekeeper detaillierte Informationen über die Kosten der selbst erbrachten sowie über die veranlassten Leistungen. Die dadurch erreichte Transparenz der Patientenkarriere stellt die eigentliche Weiterentwicklung gegenüber der herkömmlichen Versiche-

³⁹³ Vgl. Interne Qualitätsrichtlinien der MediX-HMO

³⁹⁴ Vgl. Mathis, Herren (1998) S. 8 ff.

³⁹⁵ Vgl. Baumberger (2001) S. 129

nung dar.³⁹⁶ Alleine dadurch, dass die Verordnungen, Überweisungen, Behandlungen sowie die angefallenen Kosten Diskussionsthemen der einzelnen Qualitätszirkeln sind, wird eine entsprechende Qualitätssicherung garantiert.

Im folgenden werden Ausschnitte aus einer solchen Leistungsliste gezeigt, die der Gatekeeper zur Verfügung hat.³⁹⁷

Vergleich eines Arztes zum Netz			
<i>Behandlung in eigener Praxis in %</i>			
Ihr Wert	16,6 %	Rang	13 von 19
Median	16,8 %	MAD	4,0
Mittelwert	19,3 %	Std.	6,4
Abweichung absolut	-0,3	Abw. Relativ	-1,6%
<i>Behandlung in fremden Praxen</i>			
Ihr Wert	16,3 %	Rang	6 von 19
Median	14,8 %	MAD	2,2
Mittelwert	15,6 %	Std.	3,8
Abweichung absolut	+1,5	Abw. Relativ	+10,2%
<i>Stationäre Spitalbehandlung</i>			
Ihr Wert	16,0 %	Rang	19 von 19
Median in %	29,6 %	MAD	11,9
Mittelwert in %	28,7 %	Std.	8,6
Abweichung absolut	-13,6	Abw. Relativ	-45,9%
<i>Medikamente</i>			
Ihr Wert	7,6 %	Rang	19 von 19
Median	18,5 %	MAD	4,9
Mittelwert	19,2 %	Std.	5,3
Abweichung absolut	-10,8 %	Abw. Relativ	-58,7%
<i>Spitalbehandlung ambulant</i>			
Ihr Wert	2,8 %	Rang	17 von 19
Median	5,2 %	MAD	2,6
Mittelwert	6,6 %	Std.	4,7
Abweichung absolut in %	-2,4 %	Abw. Relativ	-46,9%

Abb. 35: Leistungsdaten in Hausarztnetzen, Quelle: SanaCare (1997a)

³⁹⁶ Vor allem wird hierdurch das Argument entschärft, dass sich für die ländliche Bevölkerung in Hausarztnetzen nichts ändern würde. Der gravierende Unterschied ist der, dass der Gatekeeper über alle Behandlungen bei Fachärzten informiert ist, was beim normalen Hausarzt nur selten der Fall ist.

³⁹⁷ In der Praxis stehen den Leistungserbringern die Zahlen auch als absolute Werte zur Verfügung.

Organisation der Versicherer

Die Folgen des starken Wachstums der Managed Care-Systeme zeigten sich zunächst in einem Bereich, an den ursprünglich nicht gedacht wurde: Den Krankenversicherern wurden sich ihrer Aufgabe als Leistungseinkäufer bewusst und stellten fest, dass mit dieser Aufgabe völlig neue Tätigkeitsfelder zu bewältigen waren.³⁹⁸ Schnell wurde klar, dass dieses in der bisherigen Organisationsstruktur nicht zu lösen war. Aus diesem Grund wurden Kooperationen zwischen den Krankenversicherern geschlossen und gemeinsame Gesellschaften gegründet, die dann mit dem Aufbau und der Organisation von Managed Care-Strukturen beauftragt wurden.³⁹⁹ Andere Versicherer gründeten eigene Managed Care-Abteilungen. Insgesamt konnte auf Versichererseite somit recht schnell und konzentriert Verhandlungskompetenz aufgebaut werden.⁴⁰⁰

Organisation der Leistungserbringer

Vor allem die große Zahl an Hausarztvereinen (55 Vereine mit rund 3.500 Mitgliedern) führte in der Vergangenheit dazu, dass die Krankenversicherer mit sehr vielen Vereinen Verträge diskutieren und über Weiterentwicklungen beraten mussten. Um hier eine bessere Koordinierung zu erlangen wurde ein Dachverband der Hausarztvereine mit dem Namen machs! gegründet. Dort sind in der Zwischenzeit 30 der 55 Vereine organisiert. machs! ist heute der wichtigste Ansprechpartner für die Managed Care-Organisationen der Krankenversicherer, wenn es um grundsätzliche und strategische Punkte zur Weiterentwicklung der Netze geht.⁴⁰¹ Weiterhin wurden in den letzten Jahren auf Ärzteseite Betriebsgesellschaften gegründet, um die Ärzte im Bereich der gestiegenen administrativen und datentechnischen Anforderungen zu entlasten. Gleichzeitig stellen die Betriebsgesellschaften aber auch eine Antwort auf die professionelle Organisation der Krankenversicherer dar. Unterstützung erhalten die Ärzte dabei von Managementpartnern wie z.B. der BlueCare AG.⁴⁰² Über diese Betriebsgesell-

³⁹⁸ Vgl. Baumberger (1996a) S. 31

³⁹⁹ Als Beispiel sei hier die SanaCare genannt, die ein Joint Venture der Wincare und Konkordia darstellt, aber auch für weitere Versicherer die Managed Care-Geschäfte übernimmt.

⁴⁰⁰ Vor allem die Helsana konnte relativ schnell ein entsprechendes Know-how aufbauen und begannen frühzeitig mit weiteren Managed Care-Instrumenten wie z.B. Case Management.

⁴⁰¹ Vgl. Baumberger (2001) S. 146

⁴⁰² Die BlueCare versteht sich als Managed Service-Organisation und ist als AG formiert, deren Teilhaber die FMH, die Ärztekammer sowie das Management der BlueCare sind. Sie berät

schaften erlangen die Ärztenetze einen stärkeren Organisationsgrad, der Grundlage für weiterführende Ziele der Netze ist (z.B. ein gemeinsamer Einkauf oder die Organisation von eigenen Anschlussverträgen mit Fachärzten).⁴⁰³

4.3.3. Erste Ergebnisse des Managed Care-Systems in der Schweiz

Zur Evaluation der Managed Care-Systeme in der Schweiz liegen bereits einige Untersuchungen vor. Die wichtigsten Analysen hierzu werden im folgenden kurz vorgestellt.

1. Prognos AG: Evaluation der Pionier-HMOs in der Schweiz:

Die in den Jahren 1991 - 1995 gemachten Erfahrungen im Rahmen der drei ersten HMOs der Schweiz wurden durch die Prognos AG im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung wissenschaftlich begleitet. Insbesondere stellte sich die Frage, ob die HMO-Versicherten tatsächlich geringere Kosten als die traditionell Versicherten verursachen und inwieweit Kostenunterschiede auf die Risikozusammensetzung zurückzuführen sind.

Bei allen drei HMOs handelt es sich um Staff-Model-HMOs, die aus jeweils einer Gruppenpraxis mit primärärztlicher Versorgung bestehen. Hinzu kommt die jeweilige Verwaltung der HMO. Für fachärztliche und stationäre Behandlungen werden die Patienten an externe Leistungserbringer überwiesen, die ihre Leistungen jeweils der HMO in Rechnung stellen. Zur Finanzierung erhalten die HMOs einen Kopfbetrag pro Monat pro Versicherten. Ende 1994 waren in den drei HMOs knapp 20.000 Personen versichert.⁴⁰⁴

hauptsächlich die Leistungserbringer in Sachen Managed Care und bietet darüber hinaus auch DV-Dienstleistungen.

⁴⁰³ Wichtiger wird hier immer mehr die Medikamentenverteilung. Die Betriebsgesellschaft Argomed erarbeitet derzeit einen Vertrag mit einer großen Apotheke, von der aus dann Arzneimittel zu günstigeren Preisen bezogen werden. Die Apotheke sendet die Arzneimittel direkt an chronisch Kranke nach Hause und erreicht somit erhebliche Einsparungen im Bereich Logistik. Die Rabatte der Ärzte müssen aber aufgrund gesetzlicher Regelungen immer weitergegeben werden. Können die Ärzte des Netzes also günstiger einkaufen, müssen sie die Mittel auch günstiger abgeben, bzw. den Versicherungen in Rechnung stellen. Darüber hinaus setzt auch das Netz Z-Med (Züricher Ärzte) auf einen gemeinsamen Arzneimittel- und Praxisbedarfeinkauf sowie einen gemeinsamen Personalpool.

⁴⁰⁴ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 13

Für die HMOs haben sich überwiegend 21 - 40-jährige Personen entschieden. Deutlich überrepräsentiert sind auch Ein-Personen-Haushalte, sowie Personen mit höherem Bildungsstand. Außerdem weisen die Merkmale des Gesundheitszustandes alle darauf hin, dass die HMO-Versicherten gesünder als ihre Vergleichsgruppe sind.⁴⁰⁵ Die Erkrankungsquote⁴⁰⁶ von HMO-Versicherten lag im Beobachtungszeitraum bei 75% und damit nur geringfügig unter der Quote von traditionell Versicherten. Das zeigt, dass der Zugang zum Medizinbetrieb durch die HMO nur wenig beeinflusst wurde.⁴⁰⁷

Beim Kostenvergleich wurden die Einflüsse von Alter und Geschlecht dadurch eliminiert, dass lediglich die Gruppe der 21 - 40-jährigen Männer betrachtet und verglichen wurde. Für diese Gruppe wurde eine Wechsleranalyse vorgenommen. Die Ergebnisse hierzu zeigen, dass HMO-Versicherte 21 - 40-jährige Männer im Durchschnitt nur 60% der Kosten von traditionell versicherten Männern in der gleichen Altersgruppe verursacht haben.

Des Weiteren wurde ein Vergleich des gesamten HMO-Kollektivs mit einem Referenzkollektiv durchgeführt. Hierzu wurden mit Hilfe einer Regressionsanalyse die Faktoren Alter, Geschlecht, chronische Erkrankung (ja/nein), Behinderung (ja/nein), Einschätzung des Gesundheitszustands (sehr gut/nicht sehr gut), Bildungsniveau (einfach, höher), Landesteil (Deutschschweiz/französische Schweiz), Agglomerationstyp (Stadt/Land) zwischen den beiden Kollektiven bereinigt.⁴⁰⁸ Auch in dieser Berechnung waren die HMO-Versicherten kostengünstiger. Die Ausgaben lagen im Mittel 1993 bei 74% und 1994 bei 81% gegenüber den Ausgaben für traditionell Versicherte. Die Extreme bewegten sich dabei zwischen 60% und 93%. Die errechneten Einsparungen vergrößern sich nochmals, wenn man die Kosten berücksichtigt, die in den herangezogenen HMO-Werten enthalten sind, bei den Kosten für traditionell Versicherte aber fehlen. Dabei handelte es sich vor allem um Leistungsausgaben für Prävention, nichtärztliche Psychotherapie sowie um die Verwaltungskosten der HMO. Durch zusätzliche Berücksichtigung dieser Faktoren ergibt sich ein tatsächlicher Kostenvorteil der HMO in der Größenordnung von 30 - 35%.⁴⁰⁹

⁴⁰⁵ ebenda S.16 f.

⁴⁰⁶ Unter Erkrankungsquote wird die Wahrscheinlichkeit ausgedrückt, mit der HMO-Versicherte pro Jahr einen Arzt aufsuchen.

⁴⁰⁷ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 31

⁴⁰⁸ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 39 f.

⁴⁰⁹ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 49 ff.

Wo genau diese Kostenvorteile liegen ist schwer ersichtlich. Eine große Kostendifferenz liegt im Bereich der Arzneimittelkosten. Es dürfte sich dabei um Einsparungen aufgrund der tendenziell eher arzneimittelkritischen Einstellung der HMO-Versicherten handeln, sowie um eine verstärkte Verordnung von Generika durch die Ärzte. Weitere Einsparungen dürften im stationären Bereich durch das Vermeiden typischer Freitagseinweisungen und Montagsentlassungen erreicht worden sein, aber auch das Konzept des Zweitmeinungsverfahrens innerhalb der Ärzteschaft könnte hierfür verantwortlich sein.⁴¹⁰

Darüber hinaus wurde auf die Erhebung der Patientenzufriedenheit großen Wert gelegt und diese durch Befragungen ermittelt. Als generelles Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Bewertungen überwiegend positiv waren und keine Unterschiede gegenüber der Zufriedenheit der traditionell Versicherten erkennbar sind. Vor allem im kritischen Aspekt einer möglichen Unterversorgung durch HMOs sehen die Versicherten keine Probleme.⁴¹¹ Ein weiterer Baustein der Evaluation befasste sich mit einer Studie zum Hypertonie-Management. Dabei stellte sich die Frage ob die Behandlungsqualität dieser Patienten durch das Finanzierungsmodell der HMO beeinflusst wurde. Das Ergebnis zeigt, dass auch hier keine signifikanten Unterschiede gemessen werden konnten.⁴¹²

2. Evaluation des Hausarztnetzes WintiMed

Das Hausarztnetz WintiMed stellte das erste IPA-Model in der Schweiz dar und verfügt somit auch über die längste Erfahrung. Die Arztgruppe des WintiMed umfasste anfänglich 19 beteiligte Ärzte, die sich mittlerweile auf 26 Mitglieder vergrößert hat.

Die Ärzte betreuten gut 2.000 Versicherte deren Durchschnittsalter bei 52 Jahren lag. Von den pro Jahr angefallenen Kosten in Höhe von etwa 2.400 SFR pro Versicherten entstanden dabei lediglich knapp 20% direkt beim Gatekeeper und 80% in den nachgelagerten Sektoren.⁴¹³

Insgesamt fielen im Projektzeitraum (01.04.1994 – 31.12.1995) durchschnittlich 26% weniger Kosten als im alters- und geschlechtbereinigten Vergleichskollektiv

⁴¹⁰ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 52

⁴¹¹ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 60 f.

⁴¹² Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1998) S. 68

⁴¹³ Vgl. SanaCare (1997a) S. 1

an.⁴¹⁴ Die Kosteneinsparungen berechnen sich aus der Differenz zwischen den alters- und geschlechtsbereinigten Referenzkosten des Vergleichskollektivs und den Istkosten des WintiMed. Zur Berechnung des tatsächlichen Systemerfolgs⁴¹⁵ wurde von diesen Einsparungen das vereinbarte Einsparziel sowie die Administrationsentschädigung der Ärzte (1 SFR pro Versichertenmonat pro Arzt) subtrahiert. Der verbleibende Rest wurde anschließend zu 50% an die Ärzte ausgeschüttet.

3. Jahresauswertung der SanaCare-Netze 1999

Die Auswertungen der SanaCare-Netze für das Jahr 1999 zeigen, dass immer noch 25 der 35 unter Vertrag stehenden Netze das Kostenziel von 15% Ersparnis gegenüber dem Vergleichskollektiv erreichen und zum Teil auch deutlich übertreffen.

Auszug aus der Jahresauswertung der CareMed-Netze der SanaCare

Hausarztnetz	Netz 1	Netz 2	Netz 3	Netz 4	Netz 5	Netz 6	Netz 7
Anzahl Monate	12	12	12	12	12	12	12
Anzahl Ärzte	29	54	20	37	155	17	55
Versichertenmonate	43.503	31.484	61.016	43.089	29.583	56.727	109.036
Mittleres Alter	42	49	43	48	47	43	46
Frauenanteil in %	49	54	51	53	53	51	55
Patienten-Anteil in %	74	84	82	84	80	82	83
Behandlung durch Hausarzt	1.395.722	1.511.414	3.143.442	1.253.091	946.419	1.158.757	3.803.336
Ø Anzahl der erbrachten Leistungen	18.947	18.510	34.874	28.621	17.869	30.365	61.696
Ø Kosten einer ambulanten ärztlichen Behandlung	177,02	174,71	208,72	199,79	243,32	175,08	202,53
Hausarztnetz	Netz 1	Netz 2	Netz 3	Netz 4	Netz 5	Netz 6	Netz 7
Ø Kosten einer stationären Behandlung	2.862,92	3.068,71	3.896,17	2.989,23	3.391,80	3412,99	3.136,33
Ø Arzneimittelkosten pro Behandlungsfall	179	167	169	139	170	179	179

⁴¹⁴ Seit dem Jahr 2000 wurde die Vergütung für die Helsana-Versicherten auf Versorgungspauschale umgestellt. Managementunterstützung erhalten die Hautärzte dabei von der MediX AG, denn die Ärzte übernehmen auch die Leistungsabwicklung selbst. Das Hausarztnetz ist dabei das erste Netz, das nach dieser Vergütungsform honoriert wird.

⁴¹⁵ Das Einsparziel belief sich auf 15% gegenüber den Referenzkosten. Diese Summe wurde benötigt, um den 10%igen Prämiennachlass der Versicherten zu finanzieren.

Ø Kosten einer ambulanten Krankenhausbehandlung	524	427	510	376	405	533	437
Ø Kosten einer Langzeitpflegebehandlung pro Behandlungsfall	641	1.021	1.045	701	0	1.631	1.222
Ø Spitexkosten pro Behandlungsfall	341	827	501	301	1.052	739	648
Referenzkosten	6.187.462	6.126.446	11.682.776	8.660.839	5.857.597	8.829.944	20.727.074
Ist-Kosten	5.146.232	4.788.625	9.810.066	6.863.639	4.735.502	8.071.248	17.195.794
Kostendifferenz %	16,8	21,8	16	20,8	19,2	8,6	17

Abbildung 36: Auszug aus der Jahresauswertung der CareMed-Netze der SanaCare, Quelle: SanaCare (1999)

Insgesamt waren im Jahr 1999 1.429 Ärzte in den Netzen involviert, die 185.000 Versicherte betreuten. Die Bandbreite der erreichten Einsparungen lag zwischen 8,3% bis 24,2% gegenüber dem Vergleichskollektiv (herkömmlich Versicherte). Auch hier wurden die Vergleichskollektive auf der Basis der Faktoren Alter und Geschlecht an das tatsächliche Versichertenkollektiv angepasst.⁴¹⁶

4.3.4. Fazit und weitere Entwicklung des Managed Care-Systems

Die Evaluationsergebnisse können aufgrund des sehr kurzen Beobachtungszeitraumes und der teilweise kleinen Fallzahlen nur als erste Bilanz gewertet werden. Trotzdem ist klar, dass die Rechnung mit Vergleichskollektiven auch bei noch so guten mathematischen Methoden immer eine Diskussionsbasis bieten wird, da die tatsächliche Risikozusammensetzung eines Kollektivs ohne die Berücksichtigung von Morbiditätsfaktoren nie gänzlich dargestellt werden kann.

Diese ungelöste Problematik der Risikoselektion hat deshalb in der Vergangenheit bei einigen Marktteilnehmern dazu geführt, die HMOs und Hausarztssysteme gänzlich in Frage zu stellen, da die Erfolge zu einem großen Teil auf Risikoselektion basieren und die gewährten Prämienrabatte deshalb nicht refinanziert würden.⁴¹⁷ Dies hat auch die Helsana Versicherungen AG dazu bewogen, die

⁴¹⁶ Vgl. SanaCare (2001) Rundbrief 1/2001

⁴¹⁷ Vgl. o.V. (1999) Sonntagszeitung vom 28.11.1999

Hausarztversicherung zukünftig in verschiedenen Regionen der Schweiz nicht mehr anzubieten und die Verträge zu kündigen. Gemäß einer internen Analyse, würde in bestimmten Regionen die verfolgten Ziele nicht erreicht. Der Rabatt als Anreiz sich in der Arztwahl einzuschränken, habe bei der anvisierten Zielgruppe seinen Zweck verfehlt. Da die Helsana Versicherungen AG der größte Versicherer in der Schweiz ist, bedeutet dieses zugleich auch ein herber Rückschlag für die gesamte Managed Care-Bewegung dort. Generell ist es aber falsch vom Scheitern eines Systems zu sprechen, wenn einzelne Elemente darin nicht funktionieren.⁴¹⁸ Sicherlich muss am Problem der zweifelsohne vorhandenen Risikoselektion weiter gearbeitet werden.⁴¹⁹ Man sollte aber auch bedenken, dass es sich bei den HMOs und den Hausarztssystemen in der Schweiz um erste Schritte hin zu einer neuen Philosophie handelt, die sukzessive weiterentwickelt werden muss. Hier kommt auch wieder der langfristige Charakter von Managed Care zum tragen, der vor allem auf Verhaltensänderung und nicht auf kurzfristige Kostendämpfungseffekte setzt.

Verbesserungen und Weiterentwicklungen der Systeme

Das starke Wachstum der Managed Care-Produkte in den Jahren 1996 -1998 führte zu einer anschließenden Konsolidierung der Mitgliederzahlen, die auch zurzeit noch anhält. Diese Konsolidierungsphase wurde von den Marktteilnehmern, Kostenträgern und Leistungserbringern zu einer weitreichenden Überarbeitung des Hausarztssystemvertrages genutzt, der zukünftig bereits einige der genannten Probleme mindern dürfte.

Im einzelnen verändert der neue Vertrag die Regelungen wie folgt:

- Die Versicherer bzw. die Managed Care-Organisationen können zukünftig direkt mit den Ärztevereinen Verträge abschließen (Organisationsvertrag). Die Managed Care-Organisationen erhalten dabei ein Mandat von den jeweiligen Versicherungen, um in deren Namen zu handeln. Auf der anderen Seite

⁴¹⁸ Vgl. Baumberger (2001) S. 144

⁴¹⁹ Des Weiteren führt die SanaCare in der Region Aargau zusammen mit der Abteilung für medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich eine Untersuchung bezüglich der tatsächlichen Morbidität der Hausarztnetz-Versicherten durch. Dabei wurden 1.800 Versicherte nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und angeschrieben. Diese Personen haben die Gelegenheit sich bei Hausarzt kostenlos Blutdruck, Größe, Gewicht, Hüft- und Taillenumfang messen zu lassen. Darüber hinaus fließen sozioökonomische Parameter mit in die Bewertung ein. Insgesamt ergeben sich aus diesen Messungen zusätzliche Aussagen über das gesundheitliche Risiko eines Menschen.

können die Ärztevereine von den jeweiligen Ärztebetriebsgesellschaften vertreten werden. Zuvor mussten die Verträge mit den einzelnen Ärzten geschlossen werden.

- Die Erfolgsmessung der Hausarztssysteme basiert auf zwei Parametern. Erstens fließt die jeweilige kantonale Kostensteigerung insgesamt in die Berechnungen ein und zweitens werden die Vorjahreskosten des Netzes berücksichtigt. Dadurch wird erreicht, dass das Versichertenklientel des Hausarztnetzes nicht mehr mit einem fiktiven Referenzkollektiv verglichen wird, sondern die eigenen Daten des Vorjahres in Verbindung mit der kantonalen Kostensteigerung als Benchmark dienen. Um die Rechengrößen tatsächlich vergleichbar zu machen, erfolgt eine mathematische Bereinigung um mehrere Faktoren: Dazu gehören die aus dem RSA bekannten Faktoren Alter und Geschlecht sowie darüber hinausgehende Parameter wie der Stadt /Landeinfluss und die bisherigen Managed Care-Aktivitäten des jeweiligen Netzes. Letzterer Punkt wird deshalb mit einbezogen, weil es schwieriger ist weitere Kostenverbesserungen zu erzielen, wenn bereits in den Vorjahren entsprechende Anstrengungen unternommen worden sind.
Beispielrechnung: Die Kosten eines Beispielnetzes stiegen gegenüber dem Vorjahr alters- und geschlechtsbereinigt und nach Korrektur der Großrisiken um 8,5% und im Kanton durchschnittlich um 7%. Ferner lagen die Kosten pro Mitglied im Netz im vergangenen Jahr um 30% unterhalb der kantonalen Durchschnittskosten eines Mitgliedes. Dadurch ergibt sich anhand der in Abb. 37 gezeigten Tabelle folgende Ziel bzw. Bonus- und Malusgrenze:

Zielberechnung: $7\% \text{ (kantonale Kostensteigerung)} \times 1,15 = 8,05\%$

Bonusgrenze: $7\% \times 1,05 = 7,35\%$

Malusgrenze: $7\% \times 1,25 = 8,75\%$

Die erzielte Kostensteigerung des Netzes liegt mit 8,5% im risikoneutralen Bereich, obwohl die kantonalen Kostensteigerungen mit 7% geringer ausfielen. Begründet wird dieses durch die bisherigen Bemühungen des Netzes und das dadurch erreichte Niveau, auf dem sich das Netz bewegt (30% Kostendifferenz). Ein Bonus wäre erreicht worden, wenn die Kosten im Netz um $< 7,35\%$ und ein Malus wenn die Kosten um $> 8,75\%$ gegenüber dem Vorjahr gestiegen wären.

Systemleistung im Vorjahr gegenüber Kosten im Kanton	Zielsteuerung	Bonusgrenze	Malusgrenze
-20	kant. Teuerung -31%	-47,5%	-15%
-10	kant. Teuerung -28%	-43%	-12,5%
0	kant. Teuerung -22%	-36%	-8%
10	kant. Teuerung -13%	-25%	0%
20	kant. Teuerung 0	-10%	11%
30	kant. Teuerung +15%	5%	25%
40	kant. Teuerung +29%	17%	40%
50	kant. Teuerung +35%	20	50%

Abb. 37: Erfolgsrechnung der CareMed-Netze ab 2002, Quelle: SanaCare (2001). Aus der markierten Zeile kann die Ziel-, Bonus- und Malusgrenze nachvollzogen werden.

- Des Weiteren erfolgt eine Umstellung in der Vergütung für den administrativen Aufwand der Ärzte. Zukünftig werden zwischen den Managed Care-Organisationen und den Hausarztvereinen konkrete Projektvereinbarungen getroffen, an deren Zielerreichung die administrative Entschädigung gebunden ist. Bisher erhielten die Ärzte per Gießkannenverfahren 1 SFR pro Versichertenmonat als pauschale Vergütung für ihren administrativen Aufwand.

Eine eher langfristige aber wichtige Weiterentwicklung der Systeme stellt die Integration von Fachärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in die Gatekeepingsysteme dar. Ziel der Bemühungen ist dabei die Realisierung letztlich vollständig integrierter Versorgungsmodelle. Dabei besteht die Möglichkeit, dass sich ausgewählte Fachärzte dem Hausarztvertrag anschließen und diese Spezialisten dann auch auf den Ärztelisten der Hausarztnetze erscheinen.⁴²⁰ Für die Fachärzte bedeutet die Zusammenarbeit mit den Gatekeepern vor allem eine gewisse Umsatzsicherheit, da die Grundversorger vorwiegend zu den kooperierenden Fachärzten überweisen werden. Die Vorteile für die Gatekeeper bestehen in einer enger abgestimmten Therapie und einem größeren Einfluss auf nachgelagerte Behandlungsbereiche, was sich im Endeffekt auch auf Kosten und Qualität der Behandlung niederschlagen sollte. Die gleiche Vorgehensweise ist bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen möglich. Hierzu wird z.B. im Kanton Thurgau ein Projekt unter dem Namen IMC⁴²¹-Thurgau durchgeführt, wo

⁴²⁰ Zurzeit wird bereits diskutiert, ob es den Versicherten ermöglicht werden soll, einen im voraus benannten Facharzt ohne Überweisung direkt konsultieren zu können.

⁴²¹ Integriertes Managed Care

Fachärzte und Krankenhäuser in die bestehenden Managed Care-Verträge integriert werden. Auf Leistungserbringerseite wird demzufolge auch zukünftig nicht mehr das Ärztenetz Vertragspartner sein, sondern die ILIT (Interessengemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau). Der Vertrag regelt Punkte wie z.B. das Verfahren bei Überweisungen, gegenseitige Informationspflichten, Einsatz von Managed Care-Instrumenten, Beteiligung der Leistungserbringer am wirtschaftlichen Risiko, Qualitätsmanagement. Zugleich werden die Leistungserbringer nicht mehr wie bisher als Gatekeeper, sondern zukünftig als Care Manager bezeichnet.

4.3.5. Systemkritik: Trotz Managed Care - Das Kostenproblem bleibt

Trotz aller Bemühungen im Bereich Managed Care sind die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen nach wie vor sehr hoch und so stiegen auch in 2002 die Prämien um durchschnittlich knapp 10%.⁴²² Derzeit haben sich etwa 8% der Versicherten in Managed Care-Produkte eingeschrieben, d.h. im Umkehrschluss sind noch 92% konventionell versichert. Im Bereich der konventionellen Versicherung der Schweiz liegen aber, wie auch in der deutschen GKV, erhebliche Kostentreiber für das Gesundheitswesen. Gerade für die chronisch Kranken, die bekanntermaßen einen Großteil der Gesamtkosten verursachen, gibt es nur wenig prozessorientierte Behandlungskonzepte, bzw. diese werden erst seit sehr kurzer Zeit aufgebaut. In der Vergangenheit wurden Patienten auch in der Schweiz oft nur innerhalb der einzelnen Sektoren adäquat betreut.⁴²³

Die Durchdringung von Managed Care in der Schweiz ist insgesamt noch zu gering und die Modelle auch noch zu neu, um Auswirkungen auf die Systemgesamtkosten nehmen zu können. Zwar könnte die derzeit stark diskutierte Aufhebung des Kontrahierungszwanges zwischen Versicherer und Leistungserbringer einen neuen Schub für die Netze bringen, trotzdem muss überlegt werden, ob in der Vergangenheit die Zielgruppen der Managed Care-Produkte immer

⁴²² Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2001) Mitteilung vom 05.10.2001

⁴²³ Dabei ist die Forcierung der Integration des stationären Bereiches einer der wichtigsten Punkte, die auf das schweizerische Gesundheitswesen in der Zukunft zukommen. Hier herrscht zurzeit noch eine starke Abschottung.

richtig gewählt waren. Beispielsweise wurden von den HMOs überwiegend junge und gesunde Versicherte akquiriert und auch die Hausarztnetze sind maximal mit durchschnittlich morbiden Mitgliedern besetzt.

Tatsächliche Einsparpotenziale durch Managed Care-Produkte sind aber vor allem bei den teuren Versicherten, also den chronisch Kranken zu erwarten. Von daher ist es auch fraglich, ob die schwerpunktmäßige Bewerbung des Kostenvorteils der Managed Care-Produkte der richtige Weg war. Vielmehr sollte in Zukunft der verbesserten Versorgungsqualität der Versicherten eine mindestens ebenso große Rolle in der Vermarktung der Produkte zukommen.⁴²⁴ Ein entsprechendes Social Marketing der Krankenversicherungen könnte diese Bemühungen unterstützen, um verstärkt auch chronisch kranke Versicherte für die Managed Care-Produkte zu interessieren. Bei den Versicherern besteht aber immer noch die Befürchtung, dass durch eine solche Bewerbung der Netze, die chronisch Kranken anderer Versicherer zu ihnen wechseln würden.⁴²⁵ Hier spielt also die noch ungelöste Problematik der RSA-Parameter eine große Rolle, die die Morbidität der Versicherten nur ungenügend widerspiegeln. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das schweizerische Gesundheitswesen erste Schritte hinsichtlich einer Integration von Medizin und Ökonomie erfolgreich absolviert hat. Obwohl bezüglich der tatsächlichen Kosteneinsparungen im Moment noch Unklarheit herrscht, soll der wichtigste Erfolgsfaktor zur Verbesserung der Qualität aber nochmals herausgestellt werden: Die verbesserte Transparenz.

Der Gatekeeper erhält in den Managed Care-Systemen der Schweiz laufend Informationen über die Kosten der Behandlungen sowie über Inhalte und Kosten der Leistungen, die von Fachärzten und Krankenhäuser in seinem Auftrag erbracht werden. Behandlungsverfahren werden diskutiert und mit Fachärzten bzw. Krankenhäusern abgestimmt. Dieses ist der eigentliche Vorteil des Systems.

⁴²⁴ Eine Versichertenbefragung der SanaCare aus dem Jahr 2000 bei Versicherten des HMO-Systems sowie des Hausarzt-systems ergab hierzu interessante Ergebnisse: Im Hausarzt-system war auffällig, dass etwa 82% der Teilnehmer ihren Hausarzt behalten konnten. In der Frage der Teilnahmemotivation kam heraus, dass die Prämienreduktion im Hausarzt-system wie auch im HMO-System eine starke Rolle spielte (46% sehr wichtiger Grund, 38% wichtiger Grund). Trotz dieser Einschätzung können sich 64% der Befragten vorstellen, sich auch bei Prämien-gleichheit in diesen Systemen zu versichern (HMO 70% und Hausarzt-system 56%). Der finanzielle Anreiz spielt zwar anscheinend eine sehr große Rolle, allerdings hat die Qualität der Systeme die Teilnehmer doch überzeugen können, da ein Großteil auch ohne Prämienverbilligung in diesen Systemen verbleiben würde; Vgl. SanaCare (2000)

⁴²⁵ Obwohl Befragungen deutlich zeigen, dass kranke und ältere Versicherte ihre Krankenkasse nur sehr selten wechseln.

Alleine schon das Hausärzte bei Krankenhaus- oder Fachärzten anrufen und bestimmte Dinge nachfragen, setzt einen Qualitätsverbesserungsprozess in Gang. „Die Reaktionen der Fachärzte auf diese Anrufe waren zum Teil sehr heftig“, bestätigt ein Netzarzt. „Mittlerweile ist Managed Care aber zum Alltag geworden.“⁴²⁶

Die erreichte Transparenz bezieht sich also nicht nur auf die einzelnen Sektoren, sondern auf die gesamte Behandlung. Das ist vor allem deshalb wichtig, weil die eigentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen nicht die einzelnen teuren Sektoren sind (wie z.B. der Krankenhausbereich), sondern in den chronischen Diagnosen, die eine koordinierte Behandlung über alle Sektorengrenzen hinweg notwendig machen, zu finden sind.⁴²⁷

4.4. Erkenntnisse für das System der GKV

In den vorherigen Abschnitten wurden die bisherigen Erfahrungen mit Managed Care in den USA und der Schweiz zusammengetragen. Danach wird deutlich, dass Managed Care kein eigenes Gesundheitssystem ist, sondern aus einer Vielzahl von Instrumenten und Organisationsformen besteht, deren Wirkung extrem von den Rahmenbedingungen abhängt auf die diese treffen.

Demzufolge ist es wichtig für die GKV einen abgestimmten Strauß an Managed Care-Instrumenten und -Organisationsformen zu entwickeln sowie - und dies ist der entscheidende Unterschied zum amerikanischen Managed Care-System - die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit eine möglichst hohe Effizienz aus Systemgesamtsicht erzielt wird. Zu diesen „entsprechenden politischen Rahmenbedingungen“ gehört die Etablierung einer wettbewerbsorientierten Marktstruktur inklusive der notwendigen Anreizsysteme und einer möglichst hohen Transparenz für die Marktteilnehmer, aber auch die

⁴²⁶ Hausarztverein WinitMed und SanaCare (1999) S. 1666

⁴²⁷ Die Aussage, dass der Krankenhausbereich mit 40% Kostenanteil der teuerste Sektor ist, macht ihn noch lange nicht zum unwirtschaftlichsten Sektor. Nur werden in der Politik die Diskussionen oftmals so geführt, dass Einsparungen immer am größten Kostenblock ansetzen müssen. Kommt es aber durch eine Kürzung im stationären Bereich zu Kostensteigerungen im ambulanten Bereich, hat man insgesamt nichts gewonnen.

Berücksichtigung von notwendigen Wettbewerbsregulierungen damit Entwicklungen wie in den USA entgegen gewirkt werden kann.

Im einzelnen erscheinen folgende Punkte von besonderer Bedeutung für die erfolgreiche Implementierung eines Managed Care-Systems innerhalb der GKV zu sein:

- Managed Care in der GKV wird nur auf der Basis von gleichberechtigten Partnerschaften funktionieren. Leistungserbringer und Krankenkassen müssen eine in etwa gleich starke Verhandlungsbasis besitzen. Dazu gehört auch auf beiden Seiten ein entsprechend professionelles Management der Managed Care-Systeme.
- Eine Konzentration von Marktmacht, die den Wettbewerbsgedanken aushebelt, ist zu unterbinden (s. extreme Marktmacht von wenigen Managed Care-Organisationen in den USA).
- Managed Care muss auch in Deutschland von den Marktteilnehmern gewollt sein. Der Bottom-Up-Gedanke ist dem Top-Down-Ansatz aus diesem Grund vorzuziehen.
- Managed Care in Deutschland sollte von vorne herein alle Behandlungssektoren berücksichtigen, um Kostenverschiebungen zu vermeiden. Dieses soll in Form von virtuellen Vernetzungen der einzelnen Sektoren, sowie der Implementierung entsprechender Anreizsysteme erfolgen. Letzteres führt dazu, dass vor allem chronisch kranke Versicherte für die Behandlung in Managed Care-Systemen interessant werden.
- Qualitätsverbesserungen der Behandlung sollten im Vordergrund stehen. Kostensenkungen werden automatisch folgen. Ferner muss der Nutzen der Produkte den Versicherten über geeignete Instrumente vermittelt werden
- Die Kernkompetenzen und damit auch die Rollenverteilungen innerhalb eines Managed Care-Systems sind zwingend zu beachten. Krankenkassen kontrahieren entsprechende Leistungserbringer und wickeln die versicherungsrechtlichen Prozesse ab. Die Leistungserbringer bilden selbststeuernde Teams, die demzufolge auch nur eines geringen Kontrollmechanismus bedürfen.⁴²⁸ Sie entscheiden in diesen Teams und mit dem Versicherten über die Notwendigkeit medizinischer Interventionen im Einzelfall (bedarfsgerechte Behand-

⁴²⁸ Vgl. Baumberger (2001) S. 18

lung).⁴²⁹ Für das Funktionieren dieser selbststeuernden Teams spielt die Größe eine entscheidende Rolle, da zu kleine Kollektive ein hohes Risiko für die Leistungserbringer bedeuten und zu große nicht mehr selbststeuernd sind.

5. Strategieentwicklungsphase: Die Konzeption für ein zukunftsfähiges GKV-Versorgungssystem

Wie bereits bei der Erläuterung des strategischen Planungsprozesses in Kapitel 2.2 beschrieben wurde, geht es in der Strategieentwicklungsphase darum die Kernstrategien für die zukünftige Entwicklung des GKV-Versorgungssystem zu planen und innerhalb dieser Kernstrategien genügend Gestaltungsspielraum für die Marktteilnehmer zu lassen („sich entwickelnde Strategien“). Die Inhalte der zu erarbeitenden Kernstrategien leiten sich dabei im Wesentlichen aus den in der SWOT-Analyse beschriebenen strategischen Erfolgsfaktoren ab.

Um bei der Strategieentwicklung auch optisch eine klare Trennung zwischen Veränderungen in den Wettbewerbsstrukturen und Anreizsystemen (also Veränderungen in den Beziehungen der Marktteilnehmer untereinander) sowie Veränderungen im Systemrahmen (also der Abgrenzung des GKV-Systems z.B. gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern, dem Staat aber auch gegenüber der Selbstverantwortung der Versicherten) vorzunehmen, erfolgt eine Trennung in zwei verschiedene Kapitel: Zunächst wird in 5.1 auf Veränderungen in den Wettbewerbsstrukturen und Anreizsystemen eingegangen, anschließend erfolgt dann in Kapitel 5.2 die Überarbeitung des Systemrahmens.

⁴²⁹ Über evidenzbasierte Leitlinien erhalten sie hierzu Handlungsleitfäden, die bei der Definition der bedarfsgerechten Behandlung im Einzelfall als Bandbreite dienen sollen.

5.1. Die Neugestaltung der Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme

Im Rahmen der SWOT-Analyse wurden in Abschnitt 3.3.3 die folgenden, die Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme des GKV-System betreffenden, strategischen Erfolgsfaktoren zusammengetragen:

1. Kontrollierter Wettbewerb im GKV-System (s. hierzu Kap. 5.1.1): Das GKV-System soll Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zum einen zwischen verschiedenen Krankenkassen und zum anderen zwischen deren unterschiedlichen Versorgungsangeboten (z.B. Wahlmöglichkeit zwischen herkömmlicher Versorgung und integrierten Versorgungsmodellen) bieten. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen soll hierzu aufgehoben werden. Krankenkassen können sich durch Vertragswettbewerb Differenzierungsmerkmale gegenüber der Konkurrenz erarbeiten (Vertragsabschlüsse mit Ärztegruppen). Gleichzeitig wird dadurch ein Rückgang der Einflussnahme der Verbände erreicht. Für die Krankenkassen besteht gegenüber den Versicherten Kontrahierungszwang.
2. Erhöhung der Transparenz zu Outcomes und Kosten (s. hierzu Kap. 5.1.2): Zur Sicherung einer Mindestqualität von Gesundheitsleistungen wird ein Qualitätssicherungssystem mit transparenten Kennzahlen aufgebaut. Eine dadurch erreichte verbesserte Transparenz bezüglich Outcomes und Kosten der Gesundheitsleistungen versetzt die Marktteilnehmer in die Lage Entscheidungen auf einem höheren Informationsstand zu treffen. Weiterhin betrifft dieser Punkt Regelungen zur stärkeren Involvierung der Patienten in die Behandlungsprozesse, die laufende Information der Versicherten über erbrachte Leistungen, die elektronische Vernetzung der Leistungserbringer sowie generelle Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen.
3. Integrative Behandlungskonzepte (s. hierzu Kap. 5.1.3 und 5.1.5): Es erfolgt die Ablösung einer sektororientierten durch eine stärker sektorübergreifende Behandlungsphilosophie mit dem Schwerpunkt auf chronische Krankheitsbilder.
4. Vergütungs- und Anreizsysteme für die Marktteilnehmer (s. hierzu Kap. 5.1.4): Die Vergütungs- und Anreizsysteme für die Marktteilnehmer sind dahingehend zu überarbeiten, dass integrative Versorgungsformen belohnt werden und die

Behandlungsgesamtkosten unabhängig des Behandlungssektors im Vordergrund stehen. Es soll ein möglichst, für das Gesamtsystem, effizientes Verhalten der Marktteilnehmer erreicht werden. Es ist ein grober Ausgleich der Morbiditätsrisiken der Versicherten durch einen transparenten Risikostrukturausgleich umzusetzen.

Neben diesen Punkten sind bei der Neugestaltung der Wettbewerbsstrukturen die Impulse aus den in Kapitel 4.4 beschriebenen Erfahrungen der USA und der Schweiz mit den jeweiligen Managed Care-Systemen zu berücksichtigen.

Die Vorgehensweise:

In der Istanalyse wurde gezeigt, dass es sich beim Versorgungssystem der GKV um ein sehr komplexes System handelt, vergleichbar mit einer Vielzahl von Zahnrädern die miteinander verbunden sind. Deshalb soll bei der Neuausrichtung der Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme auf ein schrittweises Vorgehen zurückgegriffen werden. Am Ende einer solchen schrittweisen Vorgehensweise können dann auch die bereits jetzt für bestimmte Diagnosen eingeführten Disease Management-Programme ihre Potenziale als sektorübergreifende und prozessorientierte Instrumente vollständig entfalten. Dieses kann aber erst dann erfolgen, wenn durch die vorhergehenden Schritte die notwendigen Voraussetzungen geschaffen wurden. In Kapitel 3.2.6.4 wurde bereits auf die aktuelle Diskussion um die Einführung von Disease Management-Programmen in der GKV eingegangen und beschrieben, warum die Marktteilnehmer mit der Einführung von Disease Management-Programmen derzeit überfordert sein werden, bzw. warum die Potenziale von Disease Management derzeit aus Gesamtsystemsicht nur unzureichend ausgeschöpft werden können.

Ferner wurde im Rahmen der Istanalyse deutlich, dass die langfristige Systemerhaltung der GKV nicht durch eine alleinige Maßnahme zu bewerkstelligen ist, sondern dass ein Bündel an Maßnahmen benötigt wird, die an verschiedenen Punkten ansetzen und zu einem schlüssigen Konzept zusammengeführt werden müssen. Auch dieses spricht für ein sukzessives, breites Vorgehen bei der Strategieentwicklung.

Im folgenden wird ein solches sukzessives Vorgehen beschrieben, das sich aus insgesamt fünf Punkten zusammensetzt. Im Rahmen der Ausgestaltung dieser fünf Punkte werden die strategischen Erfolgsfaktoren für die GKV als auch die Erkenntnisse aus den Managed Care-Systemen in den USA und der Schweiz berücksichtigt. Im Kapitel 5.1.6 erfolgt dann anschließend eine Zusammenfassung der elementaren Punkte des erarbeiteten Systems.

5.1.1. Wettbewerb für Krankenkassen und Leistungserbringer

Es bestehen bereits seit Einführung des freien Kassenwahlrechts 1996 Konkurrenzsituationen zwischen den Krankenkassen. Allerdings sind die gesetzlich geschaffenen Rahmenbedingungen und damit die Wettbewerbschancen für die einzelnen Krankenkassen nicht identisch: So verfügen die Betriebskrankenkassen immer noch über wesentliche Wettbewerbsvorteile, da sie als einzige Kassenart selbst entscheiden können, ob sie sich auf die Beschäftigten ihres Gründungsbetriebes und deren Angehörigen beschränken oder ob sie auch für weitere Versicherten Krankenversicherungsschutz anbieten wollen. Sie haben die Möglichkeit sich regional zu konzentrieren und somit auch strukturelle Vorteile (wie höhere Durchschnittseinkommen) in bestimmten Bundesländern zu nutzen.⁴³⁰ Neben diesen Wettbewerbsvorteilen für Betriebskrankenkassen besteht ein weiterer Verzerrungsfaktor durch die unterschiedlichen Aufsichtsbehörden für Primär- und Ersatzkassen. So ist für die letztere Kassenart das Bundesaufsichtsamt und für die Primärkassen das jeweilige Landesaufsichtsamt zuständig, die in der Auslegung der Prüfkriterien durchaus differieren.⁴³¹

In diesen Punkten muss also eine Angleichung der Wettbewerbschancen realisiert werden. Weiterhin gilt es den Wettbewerb über die Bereiche Service und Marketing hinaus auf eine breitere Basis zu stellen und eine Differenzierung über

⁴³⁰ Vgl. Glaeske (1998) S. 110

⁴³¹ Oberender/Fibelkorn schlagen hierzu eine Wettbewerbsaufsicht gemäß dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen vor; Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 54

Vertragsmanagement zuzulassen.⁴³² Um dieses zu erreichen bedarf es auch Konkurrenzsituationen zwischen Leistungserbringern.⁴³³ Diese sind im derzeitigen System nicht vorhanden. So stehen die Ärzte zwar grundsätzlich (zumindest regional) in einem Wettbewerb um Patienten, d.h. es erfolgt keine staatliche Zuteilung der Patienten zu bestimmten Ärzten, allerdings ist dieses auch der einzige vorzufindende Wettbewerbsaspekt. Damit ambulante Ärzte tätig werden und Versicherte versorgen können, benötigen sie die Zulassung zur vertragsärztlichen Behandlung. Diese Zulassung wird ihnen durch den jeweiligen Zulassungsausschuss der Selbstverwaltung erteilt und richtet sich nach vorgegebenen regionalen Zuteilungsquoten. Allerdings gibt es zu dieser Zulassung keine Alternative. Die Ärzte sind Zwangsglieder und haben die Spielregeln (Vergütungssystem, Budgets, Richtgrößen), die auf Verbandsebene festgelegt werden, zu akzeptieren.⁴³⁴ Die Nachteile dieses Angebotmonopols durch die kassenärztlichen Vereinigungen wurden bereits in der Situationsanalyse beschrieben. Das Schaffen von Alternativen ist hier unumgänglich und wird grundsätzlich auch von den meisten Experten befürwortet.⁴³⁵ Dabei ist von besonderem Interesse, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst mit einer Aufhebung des Monopols rechnen. So ist die überwiegende Zahl der Körperschaften bereits jetzt dabei sogenannte „Auffanggesellschaften“ (in der Regel als Genossenschaft organisiert) für den Fall zu gründen, dass es zu mehr Wettbewerb im Vertragsbereich kommt.⁴³⁶ Die derzeitige Monopolsituation und die damit verbundene Marktmacht eines Leistungserbringerverbandes führte in der Vergangenheit auch zu ähnlichen Tendenzen auf der Seite der Kostenträger.⁴³⁷ Mit einer Entmonopolisierung der Leistungserbringenseite würden deshalb wahrscheinlich auch auf Krankenkassenseite die Verbandsstrukturen zurückgedrängt werden. So sind z.B. die individuellen Interessen der Mitgliederkassen des VdAKs eigentlich sehr

⁴³² Rebscher meint hierzu, dass eine zunehmend gemeinsame und einheitliche Handlungsweise nicht immer auch automatisch mehr Wirtschaftlichkeit bedeutet. Das Gegenteil sei eher der Fall, da die große Gefahr bestehe sich am bequemsten zu orientieren und sich somit örtlichen und regionalen Interessen und Einflüssen unterzuordnen; Vgl. Rebscher (1996) S. 43

⁴³³ Vgl. Baumann, Stock (1996) S. 19; Oberender, Ecker (1996) S. 31

⁴³⁴ Vgl. Igl, Naegele (1999) S. 21

⁴³⁵ Vgl. z.B. Schönbach (1994) S. 19; Wähling, Schulenburg (1998) S. 13; Breyer, Zweifel (1997) S. 436; SVRKAiG (1996) S. 39

⁴³⁶ Als Beispiel kann die KV Nordwürttemberg gelten, wo bereits seit längerer Zeit der MEDI-Praxisverbund besteht. Damit sollte bereits im Vorfeld weiterer Reformen eine Rückzugsposition für die Interessen der niedergelassenen Ärzte bei einer nachhaltigen Schwächung der KVen geschaffen werden; Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg (2002) S. 3

⁴³⁷ Vgl. Oberender; Hebborn (1998) S. 64 f.

unterschiedlich und von differenzierten Zielen geleitet. Vergleicht man hierzu die Marktbearbeitung der DAK mit der der Techniker Krankenkasse, so finden sich nämlich große Unterschiede vom Versichertenklientel bis hin zur Unternehmenspolitik.⁴³⁸ Durch das Zurückdrängen der Marktmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund der Aufhebung ihrer Monopolsituation würden sich zugleich auch die Krankenkassen wesentlich stärker auf ihre eigene Unternehmenspolitik konzentrieren.⁴³⁹

Wie in der Istanalyse beschrieben können die Krankenkassen im Rahmen von Modellprojekten und Integrationsverträgen nach § 140 SGB V sowie zukünftig auch mit den Disease Management-Programmen bereits jetzt Verträge ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen abschließen. Am einfachsten wäre daher eine Ausweitung dieser Regelung mit der generellen Möglichkeit für die Versicherer einzelne Ärzte oder Gruppen von Ärzten zu kontrahieren. Allerdings stellt sich die Frage, ob es dann zu der erwünschten Marktsituation kommt, in der die Marktteilnehmer eine in etwa gleich starke Position einnehmen. Dieses erscheint zumindest fraglich, denn wenn Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder kleinen Gruppen von Ärzten Versorgungsverträge abschließen, käme es alleine durch die Größenunterschiede zu einer deutlichen Dominanz der Kostenträger. Mithin würden auch die Vertragsbedingungen durch die Krankenkassen bestimmt und Verträge mit Ärzten könnten z.B. deshalb ausgeschlagen werden, weil die Risikostruktur des Patientenklientels eines Arztes als zu teuer eingeschätzt wird. Es bestünde also die latente Gefahr, dass Leistungserbringern unfaire Vertragsbedingungen aufgezwungen würden und der Wettbewerb eben nicht partnerschaftlich verlief. Um diese Entwicklungen zu umgehen, erscheint es sinnvoller, dass Ärzte sich in verschiedenen Organisationen formieren, um als gleichwertiger Verhandlungspartner gegenüber den Krankenkassen auftreten zu können.⁴⁴⁰ Konkret bedeutet das die Gründung weiterer ärztlicher Verbände, denen sich die Leistungserbringer dann als Alternative zur Kassenärztlichen Vereinigung anschließen können. Die Zwangs-

⁴³⁸ So findet man im Rahmen der politischen Einflussnahme auf die Gestaltung des RSA Kooperationen zwischen BKK und TK, die sich klar gegen die Forderungen der anderen Ersatzkassen positionieren.

⁴³⁹ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 55

⁴⁴⁰ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 64

mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung wird damit aufgehoben. Die Organisationen können als Differenzierungsmerkmal durchaus verschiedene Schwerpunkte in der Ausgestaltung ihrer Behandlungsphilosophie haben (z.B. Schwerpunkt Naturheilverfahren) und somit auch die Behandlungsphilosophien ihrer Mitglieder berücksichtigen. Da in der GKV die fünf größten Krankenversicherer bereits einen hohen Marktanteil erreichen, ist auch eine Zahl von vier bis sechs Leistungserbringerverbänden anzustreben. Eine solche klassische Oligopolösung im Markt wird insbesondere von F. Breyer und P. Zweifel gefordert, geht aber auch aus weiteren gesundheitsökonomischen Untersuchungen als das vorteilhafteste System hervor.⁴⁴¹ Gleicher Meinung sind auch R. Salfeld und J. Wettke, die davon ausgehen, dass Leistungsverbände und nicht einzelne Leistungserbringer direkt mit Krankenkassen Verträge aushandeln sollten. Durch den entstehenden Wettbewerb zwischen gleich starken Verhandlungspartnern käme dann eine Preisgestaltung unter Marktmechanismen zustande.⁴⁴² Verschiedene Ärzteverbände sollen also zur Vertretung der Ärzteschaft zugelassen werden und können innerhalb eines bilateralen Oligopols flexible Vertragslösungen bei gleichzeitiger Sicherung einer ausreichenden Grundversorgung anstreben. Konsequenterweise wird auch der Sicherstellungsauftrag zur Realisierung einer flächendeckenden Versorgung neu überdacht und von Ärzten und Krankenkassen im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen ausgefüllt.⁴⁴³ Denn das derzeitige bürokratische und regulierende Instrument der staatlichen Bedarfsplanung ist nur deshalb notwendig, weil unter den Bedingungen des Kollektivvertrages der Zugang für Leistungserbringer zur ärztlichen Behandlung staatlich gesteuert werden muss.⁴⁴⁴ Die hier skizzierte Lösung bedeutet allerdings nicht die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Gegenteil: Kassenärztliche Vereinigungen stellen sich dem Wettbewerb, um auch weiterhin Verträge für Leistungserbringer anbieten zu können.⁴⁴⁵ Die vorhandene Infrastruktur und die Tatsache, dass sie bereits jetzt im Besitz wichtiger Daten zur Kosten- und Leistungssteuerung sind, prädestiniert sie weiterhin zu einem wichtigen Player eines neuen Versorgungssystems.⁴⁴⁶

⁴⁴¹ Vgl. Rachold (2000) S. 133; Oberender, Fibelkorn (1997) S. 90; Knappe (1999) S. 57

⁴⁴² Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 91

⁴⁴³ Vgl. Pfeiffer (1999) S. 66

⁴⁴⁴ Vgl. Pfeiffer (1999) S. 63

⁴⁴⁵ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 64

⁴⁴⁶ Vgl. Szathmary (1999) S. 57

Durch die neue Wettbewerbssituation werden die Krankenkassen bestrebt sein flächendeckend Verträge mit möglichst allen Leistungserbringerverbänden abzuschließen, damit sie ihren Mitgliedern auch Versicherungsverträge mit einer entsprechend umfassenden medizinischen Versorgung anbieten können. Auf der anderen Seite führt die Zulassung von mehreren Leistungserbringervertretungen dazu, dass diese miteinander um qualitativ gute Versorgungsverträge mit den Krankenkassen konkurrieren. Damit sie im Rahmen der Vertragsverhandlungen möglichst gut abschneiden, werden sie darauf bedacht sein, eine hohe Effizienz in der Leistungserbringung zu garantieren und dies auch über transparente und messbare Parameter der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie über Finanzkennzahlen zu zeigen.

5.1.2. Erhöhung der Transparenz zu Outcomes und Kosten

Qualitätssicherungssysteme im GKV-System

Eine Möglichkeit, um die im vorherigen Kapitel genannten Parameter zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität deutlich zu machen bieten standardisierte Qualitätssicherungssysteme. Durch die Wettbewerbssituationen in denen sich Krankenkassen und Leistungserbringergruppen befinden, kann durch diese Qualitätssicherungssysteme zugleich eine Mindestqualität der Gesundheitsleistungen gesichert werden. Denn Krankenkassen müssen darauf bedacht sein, Verträge lediglich mit qualitativ guten Leistungserbringergruppen abzuschließen. Kann eine Leistungserbringergruppe ein bestimmtes Niveau der Behandlung nicht mehr sicherstellen, wird sie vom Markt verdrängt.

Hilfreich sind beim Aufbau eines solchen transparenten Qualitätssicherungssystem die Report Cards aus den USA mit deren Hilfe die Qualität von Managed Care-Organisationen gemessen wird. Mittlerweile stellt das Health Employer Data and Information System (HEDIS), das vom National Committee for Quality Assurance und Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten entwickelt wurde, den Standard zur Qualitätsbeurteilung von Managed Care-Organisationen dar. Die gegenwärtige Version der Report Card (HEDIS 2.5) umfasst mehr als 60 Leistungsparameter, darunter Parameter zur Qualität, Versicherungszufriedenheit,

Inanspruchnahme von Leistungen, zu Mitgliedschafts- und Finanzkennzahlen sowie zum Versicherungsmanagement.⁴⁴⁷

HEDIS 2.5

Qualitätsparameter:

- Präventivmedizin (Impfungen während der Kindheit, Cholesterinscreening, Mammographiescreening, Abstriche für Cervixcarcinom)
- Pränatale Versorgung (Niedriges Geburtsgewicht, pränatale Überwachung im ersten Trimenon)
- Akute und chronische Erkrankungen (Krankenhausaufnahmen wegen Asthma, Augenhintergrunduntersuchung bei Diabetes)
- Mentale Gesundheit und Drogenmissbrauch (ambulante Betreuung nach Krankenhausbehandlung schwerer affektiver Störungen)

Zugang und Zufriedenheit des Patienten

- Zugang (Anteil der 42 - 64-jährigen, die in den vergangenen zwei Jahren Versicherungsleistungen in Anspruch genommen haben, Anzahl und Anteil der Primärärzte, die neue Patienten annehmen, Bestehen von Zugangsstandards für verschiedene Typen von Besuchen und Telefonberatung)
- Zufriedenheit (Anteil der Mitglieder, die sehr zufrieden mit der Versicherung sind, Angebot von Befragungen zur Zufriedenheit mit der Versicherung)

Mitgliedschaft und Inanspruchnahme

- Indikatoren mit Daten über die Mitgliedschaft und die Inanspruchnahme der Leistungen in verschiedenen Kategorien, einschließlich der Häufigkeit ausgewählter chirurgischer Eingriffe, Krankenhauseinweisungen, nichtakute stationäre und ambulante Behandlung, Schwangerschafts- und geburtshilfliche Versorgung, Medikamentengebrauch und Versorgung für mentale Gesundheit und Abhängigkeit

Finanzen

- Leistungsindikatoren (Einkommens- und Verlustraten)
- Liquidität (Bargeld)
- Effizienz (Parameter für noch ausstehende Rechnungsbeträge)
- Befolgung der Regeln der Bilanzierung (z.B. finanzielle Reserven)

Versicherungsmanagement

- Indikatoren mit beschreibenden Informationen über das Netzwerk der Leistungserbringer (Zulassungszertifikat von Ärzten, Durchlauf und Vergütung) und über klinisches Management, einschließlich Management von Qualität, Präventivversorgung, Case Management, Prüfung der Inanspruchnahme und Risikomanagement

Abb.: 38: HEDIS 2.5, Quelle: Epstein (1997) S. 151

⁴⁴⁷ Vgl. Epstein (1997) S. 149 f.

Zwar werden auch Report Cards nie vollständig die Qualität von Organisationen und deren Leistungen widerspiegeln können, aber mit HEDIS wurden zumindest erste Schritte zur standardisierten Dokumentation von Qualität getan, gleichwohl das Instrument sicherlich noch der Weiterentwicklung bedarf.

Die neu gewonnene Transparenz bedeutet aber auch für die Versicherten verbesserte Möglichkeiten zur Beurteilung von Krankenkassenprodukten und von Leistungserbringern.

Grundsätzlich ist es dazu nicht notwendig, dass die Kennzahlensysteme von vorne herein in perfekter Qualität vorliegen, um als Entscheidungshilfe zu dienen. Als Beispiel hierzu nennt A. Epstein eine führende Verbraucherzeitschrift, die eigentlich sehr ungenau in der Bewertung von Produkten ist. So werden Verbraucherprodukte lediglich nach einer numerischen Skala eingeordnet und anschließend pauschal nach drei Qualitätsgruppen unterteilt (große, niedrige und mittlere Qualität). Dennoch betrachten viele Leute diese Publikation als wichtige Hilfe zur Entscheidungsfindung.⁴⁴⁸

Zu beachten sind bei der Erarbeitung solcher Qualitätssicherungssysteme auch die Entwicklungen zur Zertifizierung der schweizerischen HMOs im Rahmen der Stiftung EQUAM (s. Kap. 4.3.2). Auch für das GKV-System gilt es ein standardisierte Qualitätssicherungssysteme aufzubauen, anhand derer alle Beteiligten über eine höhere Transparenz im System verfügen.

Darüber hinaus sind weitere Anstrengungen notwendig, um eine verbesserte Transparenz zu Outcomes und Kosten zu erreichen.

- Die stärkere Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsprozesse
- Die laufende Information des Versicherten über in Anspruch genommene Leistungen und deren Kosten
- Die technische Vernetzung der Leistungserbringer
- Die Messung der Effektivität und Effizienz medizinischer Leistungen und Produkte

⁴⁴⁸ Vgl. Epstein (1997) S. 153 ff.

Die stärkere Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsprozesse

Diese Forderung ist eine der wesentlichen Elemente zur Steigerung der Transparenz für die Versicherten und berührt vor allem die Behandlungsphilosophie und Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient.⁴⁴⁹ Diese Beziehung ist bisher geprägt von der starken Dominanz der Leistungserbringer, da der den Arzt aufsuchende Patient in der Regel nur eine unbestimmte Vorstellung von den zu erwartenden Leistungen hat.⁴⁵⁰ Durch diese bestehende Informationsasymmetrie bestimmt der Arzt weitestgehend die Therapie und der Patient verhält sich tendenziell eher passiv. Wie in der Situationsanalyse beschrieben, verhindert diese Einstellung aber gleichermaßen das Verständnis des Patienten für die Notwendigkeit eines eigenen Beitrages zur Gesundung. Gerade bei chronischen Krankheiten spielt die Compliance des Patienten aber eine enorm wichtige Rolle für den Behandlungserfolg. Diätempfehlungen und Änderungen des Lebensstils werden nur dann auch umgesetzt werden, wenn der Patient von ihnen überzeugt ist. Hier bestehen aber erhebliche Probleme: So ergaben amerikanische Studien, dass gerade Personen, die mit der technischen Qualität einer Herzoperation sehr zufrieden waren, die weitergehenden Empfehlungen bezüglich der Änderung ihres Lebensstils extrem vernachlässigten.

Nicht zuletzt hat genau diese starke Konzentration auf die biomedizinische Ebene und die damit einhergehende Passivität der Patienten wahrscheinlich dazu geführt, dass sich demgegenüber eine ständig steigende Zahl von Versicherten alternativen Behandlungsverfahren zuwendet. Erkennen kann man daraus, dass sich die Bedürfnisse der Patienten eben nicht mehr länger darauf beschränken biomedizinisch von Krankheit befreit zu werden. Stichworte wie Respekt der Patientenrechte, Kommunikation mit Patienten, Patienteninformation, aktive Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess, Wahrnehmung des Patienten als Person und nicht als Symptombündel sind nur einige Forderungen die aus amerikanischen Patientenbefragungen hervorgingen.⁴⁵¹

Aktuell bestehen aber noch erhebliche Probleme im Umgang mit den sozialen und kommunikativen Bedürfnissen der Patienten. Die Ärzte gehen nach wie vor überwiegend davon aus, dass sie die alleinige Kompetenz zur Behandlung besitzen.

⁴⁴⁹ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 87; SVRKAiG (1997) S. 67

⁴⁵⁰ Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 75

Gerade bei chronischen Erkrankungen kann der Patient aber über sehr viel Know-how zu „seiner“ Krankheit verfügen, deren Nutzung ihm das Gefühl geben kann gebraucht zu werden und am Prozess beteiligt zu sein. Generell bedarf es hierzu allerdings einer Veränderung der Hierarchie zwischen Arzt und Patient und letzterer könnte dadurch vom Objekt zum Subjekt werden.⁴⁵²

Die laufende Information des Versicherten über in Anspruch genommene Leistungen und deren Kosten:

Das derzeitige Sachleistungsprinzip in der GKV verhindert eine Kostentransparenz und vor allem eine Kostensensibilisierung der Versicherten.⁴⁵³ Trotzdem wäre ein klassisches Kostenerstattungssystem für die GKV derzeit nur sehr schwer zu realisieren. Zwar wird ein solches System seit Jahren in der PKV erfolgreich praktiziert, allerdings ist das Versichertenklientel dort auch ein ganz anderes, nämlich in der Regel finanziell erheblich besser gestellt. Gerade chronisch Kranke bekämen finanzielle Probleme, wenn sie ihr gesamtes Leistungsspektrum im voraus finanzieren müssten. Außerdem könnten auch Leistungserbringer schnell zu einer Art Darlehensgeber für die Versicherten werden, wenn Rechnungen verspätet oder gar nicht bezahlt werden. Analog der Grundversicherung in der Schweiz würde es deshalb ausreichen, wenn jedem Versicherten Kopien der abgerechneten Leistungen und der dafür von der Krankenkasse erstatteten Kosten zugehen würden. Da die Abrechnungen zwischen den Marktteilnehmern in Zukunft verstärkt maschinell erfolgen sollen, wäre es deshalb möglich den Versicherten über einen quartalsweisen „Kontoauszug“ zu informieren. Die Mitglieder erlangen dadurch die angestrebte Transparenz und die Kostensensibilität würde entsprechend steigen. Die stichhaltigen Argumente zur Ablösung des Sachleistungsprinzips durch ein flächendeckendes Kostenerstattungsprinzip könnten auf diese Art und Weise - und unter Ausschluss der mit einem Kostenerstattungsprinzip einhergehenden Nachteile - gelöst werden.

⁴⁵¹ Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 117 ff.

⁴⁵² Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 128 f.

⁴⁵³ Auch der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten von 1996 darauf hingewiesen, dass in einem funktionierenden Wettbewerbssystem allen Akteuren (also auch den Versicherten) die Preise und Leistungen hinlänglich transparent sein müssen. Das Sachleistungsprinzip, und vor allem die damit verbundene Intransparenz für den Versicherten, werden demnach auch als eine Möglichkeit für die Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven genannt.

Die technische Vernetzung der Marktteilnehmer

Die Informations- und Telekommunikationstechnologie (IT & TK) spielt bei den Marktteilnehmern im Gesundheitswesen bisher eine eher untergeordnete Rolle. Der Grund für die geringe Investitionsneigung liegt dabei im Wesentlichen in den fehlenden Anreizen für die Marktteilnehmer. Aus diesem Grund könnte vor allem die Investitionsneigung der Leistungserbringer darüber gesteigert werden, dass Krankenkassen für elektronisch vernetzte Vertragspartner höhere Budgets zur Verfügung stellen. Von den entstehenden Qualitätsvorteilen und Einspareffekten, die durch eine verbesserte Vernetzung erzielt werden, könnten letztendlich beide Vertragsparteien profitieren: Denn betrachtet man alleine die gewaltigen Datenmengen, die zurzeit noch manuell verarbeitet werden, dann werden die Einsparpotenziale schnell deutlich: So fallen in der GKV jährlich über 1,5 Mrd. Belege an. Unter anderem sind das 700 Mio. Rezepte für Arzneimittel, 200 Mio. Rezepte für Heil- und Hilfsmittel und 450 Mio. Abrechnungsscheine.⁴⁵⁴ Im Rahmen eines Beratungsgesprächs mit einem Patienten hat der Hausarzt nicht selten bis zu fünf Formulare auszufüllen (Überweisung zum Facharzt, Arzneimittelverordnung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, etc.).

Ein noch wichtigerer Punkt ist allerdings die Qualitätsverbesserung, die mit der jederzeit verfügbaren Patientenhistorie erreicht werden kann. Sekundenschnelle Befundübermittlung innerhalb der Ärzteguppe, schnelle Terminvergabe, Wegfall von Mehrfachuntersuchungen, schnelle und unkomplizierte Second Opinion-Möglichkeiten sind hier nur einige Vorteile, die genannt werden können. Zur Gewährleistung einer höchstmöglichen Datensicherheit, sollten die notwendigen Daten nicht auf einem zentralen Server vorgehalten sondern jeweils aus verteilten Datenbeständen zusammengestellt werden. Mit einer Health Professional Card (HPC) kann der Arzt sich ausweisen und auf bestimmte Daten zugreifen (Einverständnis des Patienten vorausgesetzt).⁴⁵⁵ Neben dieser elektronischen Patientenakte, bestehen für die Leistungserbringer über Trust Center Möglichkeiten Formulare auszutauschen, Diskussionen zu führen und Wissensdatenbanken zu nutzen.

⁴⁵⁴ Vgl. Lauterbach, Lindlar (1999) S. 8

⁴⁵⁵ Vgl. Lauterbach, Lindlar (1998) S. 17

Kernelement einer solchen Vernetzung der Marktteilnehmer ist die sektorübergreifende Zusammenführung von Informationen über in Anspruch genommenen Leistungen und die dadurch angefallenen Kosten auf Patientenebene. Ohne diese Zusammenführung wird weiterhin keine Transparenz in der GKV vorhanden sein. Leistungserbringer, Kostenträger und Versicherte werden nach wie vor nur stückweise informiert sein und eine ganzheitliche Steuerung der Behandlungsprozesse kann nicht erfolgen.

Nur wenn die Leistungserbringer zeitnahe und vollständige Informationen über Behandlungen und angefallene Kosten bezüglich ihrer Patienten erhalten, werden sie in der Lage sein, ein ganzheitliches Budget zu steuern. Durch die Zustimmung der Versicherten bezüglich der Dokumentation und Nutzung der Daten, kann auch den Regelungen des Datenschutzes entsprochen werden.

Die Messung von Effektivität und Effizienz medizinischer Leistungen und Produkte

Bei allen Bewertungsverfahren von medizinischen Leistungen hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz geht es ebenfalls um das Schaffen von Transparenz als Voraussetzung für Wettbewerb und fundierte Kundenentscheidungen. Durch die bisher überwiegende Kostenbetrachtung liegen Kennzahlen bzw. Bewertungen zur Effektivität und Effizienz der eingesetzten Mittel aber kaum vor. In diesem Zusammenhang spricht der Sachverständigenrat von Einsparpotenzialen in Milliardenhöhe, falls es gelänge, mit kritischen Evaluationsmethoden die Effektivität und Effizienz der eingesetzten Verfahren und Produkte zu überprüfen und transparent zu machen.⁴⁵⁶ Die Folge wäre eine erheblich höhere Entscheidungssicherheit auf allen Ebenen: Der Gesetzgeber könnte Empfehlungen zu Behandlungsverfahren bei bestimmten Indikationen geben oder im Bedarfsfall diese sogar aus der GKV ausschließen. Leistungserbringer können im individuellen Behandlungsfall auf entsprechende Untersuchungen zurückgreifen und ihr Handeln deutlich besser absichern. Und nicht zuletzt verfügt der Patient über wesentlich umfangreichere Informationen zur Beurteilung von bestimmten Behandlungsverfahren und Versicherungsangeboten. Hierzu ist es allerdings notwendig zukünftig die bisher nur fragmentiert vorhan-

⁴⁵⁶ Vgl. SVRKAiG (1996) S. 34

denen Datensätze auf allen den zuvor genannten Ebenen zusammenzuführen, was einer nicht zu unterschätzenden Kompromissbereitschaft der Beteiligten bedarf.⁴⁵⁷

Allerdings sind für eine verbesserte Transparenzsituation der vorgenannten Personengruppen (Systemebene, Leistungserbringerebene und Patientenebene) sehr unterschiedliche Verfahren und Methoden notwendig:

Entscheidungen auf Systemebene:

Als umfassendstes Bewertungsverfahren von medizinischen Verfahren und Technologien auf Systemebene gilt die Methode des Health Technology Assessments. Der Begriff „Technology“ ist dabei als sehr weitläufig zu interpretieren und umfasst sowohl Produkte (Arzneimittel, technische Geräte, etc.) als auch medizinische Verfahren (z.B. Therapieverfahren, auch komplexe Verfahren, wie z.B. "Intensivstation") und übergeordnete Prozesse (z.B. "Rehabilitation").⁴⁵⁸

Das "Assessment", also die Bewertung, kann sich dabei auf die folgenden Aspekte beziehen:⁴⁵⁹

- Sicherheit: Analyse von Qualitätssicherung und -kontrolle sowie technische Sicherheit
- Wirksamkeit: Analyse der Wirksamkeit medizinischer Verfahren unter idealen Bedingungen und unter realen Alltagsbedingungen
- Ökonomische Evaluation: Analyse von Kosten (direkt/indirekt) und Nutzen medizinischer Verfahren
- Soziale, rechtliche und ethische Betrachtungen
- Epidemiologische Aspekte

Die Bewertung medizinischer Technologien wird üblicherweise in Form von vorhandenen Studien vorgenommen (sogenannte HTA-Reports), wobei auf die aktuell vorhandenen Studien zurückgegriffen wird (d.h. es kann sich auch um Studien handeln, die nicht über den Evidenzgrad 1 verfügen). Durch die sehr

⁴⁵⁷ Ein gutes Beispiel hierfür ist, dass sich der Koordinierungsausschuss auf Bundesebene nicht auf einen Kompromiss bezüglich der Daten aus den Disease Management-Programmen einigen konnte und die Klärung dieses Problems auf die Landesebene delegiert hat.

⁴⁵⁸ Vgl. Perleth (2001) S. 22

⁴⁵⁹ Vgl. Amelung, Schumacher (1999) S. 173 f.

weitreichende Berücksichtigung von Bewertungsfaktoren, verbunden mit den gezeigten vielschichtigen Einsatzmöglichkeiten, können Health Technology Assessments in Zukunft ein wichtiges Instrument zur Politikberatung und Entscheidungsfindung auf Systemebene darstellen. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angewiesen, ein Informationssystem "Gesundheitsökonomische Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien" einzurichten und zu betreiben. Gleichzeitig soll durch vorgegebene Standards des Institutes die Methodik der Erstellung von HTA-Berichten in Deutschland verbessert werden.⁴⁶⁰ Bereits jetzt hat der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen den Ansatz des DIMDI als Standard akzeptiert.⁴⁶¹

Durch die sehr umfassende Vorgehensweise des HTA-Ansatzes wird zugleich klar, dass nicht zu allen Behandlungsverfahren, Technologien, etc. kurzfristige HTA-Berichte vorliegen werden. Ergänzend können deshalb auf Systemebene weitere gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren herangezogen werden, wo neben der Outcomesseite die dafür aufgebrauchten Mittel (Kostenseite) berücksichtigt werden. Solche Evaluationsverfahren bieten sich ebenfalls an, um im Rahmen von gesundheitspolitischen Überlegungen, Bewertungen von relevanten Behandlungsverfahren vorzunehmen und die Ergebnisse den Marktteilnehmern zur Verfügung zu stellen, bzw. bei Bedarf über eine generelle Kostenübernahme durch die GKV zu entscheiden. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Effektivitätsanalysen und Kosten-Nutzwert-Analysen:

Generell geht es bei Berechnungen zur Effizienz von medizinischen Interventionen immer darum verschiedene Alternativen miteinander zu vergleichen. Bei der *Kosten-Nutzen-Analyse* wird der Outcome der Behandlung A (z.B. ausgedrückt in eingesparten Kosten von Krankenhausaufenthalten, die anfallen würden wenn keine Behandlung erfolgt) den Kosten der Behandlung A gegenübergestellt. Anschließend wird der Outcome der Behandlung B (ebenfalls ausgedrückt in eingesparten Kosten von Krankenhausaufenthalten, die anfallen würden, wenn keine Behandlung erfolgt) den Kosten der Behandlung B gegenübergestellt. Die

⁴⁶⁰ Vgl. Perleth (2001) S. 23 ff.

⁴⁶¹ Dabei geht es in der Regel um die Entscheidung, ob bestimmte Behandlungsverfahren Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sein sollen.

Behandlung (A oder B) mit dem besseren Kosten-Nutzen-Quotienten verfügt über eine höhere Effizienz.⁴⁶² Problematisch ist dabei natürlich die Geldbewertung des Outcomes, da nicht jeder Nutzen exakt in Geldbeträge umgerechnet werden kann und somit oftmals nur ein Teilnutzen erfasst wird.

Im Rahmen der *Kosten-Effektivitäts-Analyse* wird der Outcome in nicht-monetären Einheiten bewertet, in der Regel mit der Lebenserwartung. Die Lebenserwartungen (ausgedrückt in Zeiteinheiten wie z.B. Jahre oder Tage), die durch unterschiedliche Behandlungsformen (z.B. Therapie A oder B) erreicht werden, sind jeweils mit der Lebenserwartung zu vergleichen, die ohne Behandlung erzielt wird. Anschließend werden die anfallenden Mehrkosten für die unterschiedlichen Behandlungen (A oder B) bis zum Lebensende berechnet. Die zusätzlichen Kosten bis zum Lebensende werden dann durch die Höhe der zusätzlichen Lebenserwartung (ausgedrückt in Zeiteinheiten) geteilt. Anhand dieser Ergebnisse können die drei Varianten (A, B oder keine Behandlung) auf ihre Effizienz hin beurteilt werden. Der Nachteil dieser Berechnungsform liegt darin, dass die gewonnenen Tage in allen Fällen den gleichen Endpunkt haben.⁴⁶³ D.h. ein gewonnener Tag für einen Todkranken im Komazustand wird gleich bewertet wie ein gewonnener Tag bei voller Lebensqualität. Diese zuletzt genannte Schwäche der Kosten-Effektivitäts-Analyse wird in der *Kosten-Nutzwert-Analyse* ausgeglichen, indem die zusätzlichen Kosten bis zum Lebensende qualitäts-bereinigten Lebensjahren gegenübergestellt werden.⁴⁶⁴ Die Bewertung der Lebensqualität wird oftmals über Skalensysteme umgesetzt. Beispiele hierfür sind die in Kapitel 1.4 genannten Indizes der Rosser Skala, der Quality of Well-Being-Index oder der Health-Utility-Index.

Die Lebensqualität bzw. die Gesundheit wird dabei mit einem Wert zwischen 0 - 1 bewertet und anschließend mit der gewonnenen Restlebenszeit multipliziert. Das Ergebnis sind die sogenannten QALYs (Quality Adjusted Life Years).

⁴⁶² Vgl. Szucs (1997) S. 68 ff.

⁴⁶³ Vgl. Szucs (1997) S. 71 ff.

Effektivitätsstudien für Leistungserbringer:

Für einzelne Ärzte oder Ärztegruppen sind neben den vorgenannten HTA-Berichten und gesundheitsökonomischen Studien vor allem Effektivitätsstudien interessant. Die Ergebnisse der dabei vorgenommenen Messung der Wirksamkeit medizinischer Interventionen dienen vor allem der Absicherung und Hilfestellung der ärztlichen Praxis. Einzelne Studien, Reviews zu Studien und Metaanalysen stellen darüber hinaus auch die Grundlage für ärztliche Leitlinien dar und sind zugleich das Herzstück der Evidence Based Medicine (EBM). Unter EBM ist dabei der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung an individuellen Patienten zu verstehen. Es wird also eine Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz versucht. Mit individueller klinischer Expertise ist dabei das Können und die Urteilskraft der Ärzte durch ihre Erfahrung in der klinischen Praxis gemeint. Gute Ärzte nutzen demnach sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren für sich alleine ausreicht.⁴⁶⁵ Zurückzuführen ist die EBM im Wesentlichen auf A. Cochrane⁴⁶⁶ und die Cochrane Collaboration verfügt mittlerweile über ein weltweites Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, mit dem Ziel systematische Übersichtsarbeiten (nach Möglichkeit randomisiert und kontrolliert) zur Bewertung von Therapien zu erstellen. Bei den im Rahmen der EBM verwandten Studien handelt es sich typischerweise um Untersuchungen des medizinischen Outcomes (Effektivitätsstudien), d.h. die Wirkung zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden wird verglichen. Da Kostenaspekte in der Regel nicht berücksichtigt werden, gibt die EBM auch nur selten Auskünfte zur Effizienz von medizinischen Interventionen.⁴⁶⁷ Trotzdem stellt die EBM eine enorm wichtige Hilfestellung für die Ärzte dar, um zu einer effektiven Leistungserbringung in der täglichen Praxis zu kommen. Wie bereits aus der oben beschriebenen Definition der EBM hervorgeht, ist die klinische Expertise eines Arztes im individuellen Fall aber letztendlich der entscheidende Punkt für die Erbringung von Leistungen. Effektivitätsstudien

⁴⁶⁴ Vgl. Greulich, u.a. (2000) S. 147

⁴⁶⁵ Vgl. Deutsches Netzwerk für EBM, S. 1

⁴⁶⁶ Vgl. Badura (1999) S. 23

⁴⁶⁷ Vgl. Greulich, et.al. (2000) S. 7

können hierzu letztlich eine Hilfestellung geben, da es ansonsten sehr leicht zu dem Phänomen kommt, dass zwar effektive Behandlungsformen angewandt werden, diese aber im individuellen Fall gar nicht induziert waren.

Report Cards und externe Qualitätssicherungsinstrumente für die Versicherten

Für die Versicherten sind insbesondere Informationen über die Qualität der Leistungserbringer interessant. Hierunter sind vor allem die beschriebenen Report Cards der Managed Care-Organisationen in den USA (HEDIS) und das externe Qualitätssicherungsprogramm EQUAM in der Schweiz gemeint. Diese Instrumente ermöglichen die Abbildung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter von den unter Vertrag stehenden Leistungserbringerverbänden.

5.1.3. Der Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen

Im folgenden wird nun das Herzstück der Veränderung in den Wettbewerbsstrukturen des GKV-Systems beschrieben. Es handelt sich dabei um den möglichst flächendeckenden Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen, die für alle Marktteilnehmer grundsätzlich eine freiwillige Option darstellen: Die jeweiligen Ärztenetze schließen auf freiwilliger Basis Versorgungsverträge ab. Die Kostenträger können die Netze als eigenständige Produkte ihren Mitgliedern anbieten und somit eine Leistungsdifferenzierung erreichen. Die Versicherten haben die Möglichkeit sich ebenfalls auf freiwilliger Basis für die Netze zu entscheiden, mit der jederzeitigen Option wieder in die herkömmliche Versicherung zurück zu wechseln.⁴⁶⁸ Durch diesen Optionscharakter für alle Marktteilnehmer stehen die Netze in einem ständigen Wettbewerb zur „normalen“ Versorgung und müssen ihren höheren Nutzen (Qualität und/oder Preis) somit ständig beweisen.

Die Ausgestaltung der Netze

Zukünftig sollen innerhalb der beschriebenen überregionalen Leistungserbringerverbände (vier bis sechs Wettbewerber, die zueinander in Konkurrenz um

⁴⁶⁸ Vgl. Baumberger (2001) S. 65

Versorgungsverträge mit Krankenkassen stehen) auf regionaler Ebene integrierte Netzverbände entstehen. Diese kleinen, steuerbaren Versorgernetze sind dann für die komplette Gesundheitsversorgung von Versichertenkollektiven zuständig. Komplette Verantwortung bedeutet in diesem Zusammenhang die Integration der Budgets für die ambulante Behandlung, Arzneimittelversorgung, stationäre Behandlung und weiterer Bereiche (z.B. Hilfsmittel). Innerhalb solcher Netze finden sich Hausärzte sowie Fachärzte wieder, deren Zahl insgesamt auf etwa 50 - 60 begrenzt wird.⁴⁶⁹ Diese Festlegung erfolgt zum einen deshalb, damit eine aktive Zusammenarbeit noch möglich ist (Gruppe darf deshalb nicht zu groß sein) und zum anderen, damit das finanzielle Ergebnis für die Leistungserbringer nicht zu stark vom Zufall bestimmt wird (Gruppe darf nicht zu klein sein).⁴⁷⁰ Dort wo entsprechende regionale Leistungserbringernetze zustande kommen, vereinbaren diese (über ihren Verband) mit den Krankenkassen bestimmte Kosten- und Qualitätsziele pro Jahr. Der Anreiz für die Leistungserbringer besteht dann darin, dass sie bei Zielerreichung (Kosten- und Qualitätsziele) über bestimmte Anreize beteiligt sind. Auf der anderen Seite würden sie bei Nichtzielerreichung einen entstehenden Malus in Kauf nehmen müssen. Damit dieses Risiko kalkulierbar bleibt, wird analog dem schweizerischen Managed Care-System (in der Regel 3.000 - 5.000 SFR)⁴⁷¹, eine Obergrenze von etwa 2.500 - 3.500 € pro Jahr und pro Arzt als maximaler Betrag vereinbart.

Die Budgetierung der Netze

Die bisherige Gesamtbudgetierung der ambulanten Versorgung, bei der allen Leistungserbringern einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget in Form der Gesamtsumme der Krankenkassenkopfpauschalen zur Verfügung steht, bedeutet für den einzelnen Arzt, dass er durch seine individuelle Tätigkeit auf die Gesamtentwicklung des Budgets kaum Einfluss ausüben kann. Gleichzeitig führt diese Konstellation, in Verbindung mit der Einzelleistungsvergütung, zum sogenannten

⁴⁶⁹ Vgl. Haubrock (2000) S. 112.

⁴⁷⁰ Vgl. Mc Kinsey (1996b) S. 174

⁴⁷¹ Vgl. Baumberger (2001) S. 129

Hamsterradeffekt.⁴⁷² Weiterhin kommt es durch die strikte Trennung der Budgets für die ambulante und die stationäre Versorgung zu einer Optimierung einzelner Versorgungsbereiche und zu Kostenverschiebungen zwischen den Versorgungsbereichen. Für den Patienten bedeutet dieses häufig eine unabgestimmte Gesamtversorgung.⁴⁷³

Diese beiden genannten Punkte (zu große Zahl an Budgetteilnehmern und sektorale Zuständigkeit) wird dadurch begegnet, dass für die 50 - 60 im Netz integrierten Leistungserbringer durch Behandlungspauschalen abgelöst, die alle Versorgungsbereiche umfassen. Für die Berechnung solcher Budgets, die den einzelnen regionalen Leistungserbringerverbänden zur Verfügung stehen, gibt es grundsätzlich unterschiedliche Ansätze. Die Problematik der zurzeit herangezogenen Kopfpauschalen, die die Krankenkassen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen, wurde bereits in der Istanalyse ausreichend beschrieben. Diese fixen Beträge pro Mitglied werden unabhängig vom Familienstand, Geschlecht, Alter und Morbidität gezahlt. Ein gravierender Nachteil dieser Systematik ist die vollständige Vernachlässigung der Morbidität bei der Budgetberechnung, was für Ärztegruppen ein erhebliches Problem in der Risikokalkulation darstellen würde. Überdurchschnittlich hohe Ausgaben werden nämlich nur bei einer Minderheit der Versicherten jeder Altersgruppe anfallen und je kleiner das Kollektiv ist, umso schwerer fällt die Risikokalkulation und der Zufall spielt eine große Rolle.⁴⁷⁴ Alternativ könnten die RSA-Normkostenprofile als bestimmende Größe für die Budgetberechnung genutzt werden. Demnach würde der Leistungserbringer für jeden Patienten entsprechend der jeweiligen Risikoparameter des RSA ein höheres oder niedrigeres Budget erhalten. Wie in der Istanalyse ebenfalls erwähnt, bestimmen die derzeitigen Ausgleichsparameter die Kosten für einen Versicherten aber nur sehr ungenau, was wiederum - vor allem für kleine

⁴⁷² Der einzelne Arzt kann seinen Anteil an der Gesamtvergütung nur steigern, indem er mehr Leistungen am Patienten erbringt. Da diese Prämisse für alle Ärzte gilt, kommt es zu einer ständig steigenden Leistungsmenge, was durch die Budgetierung des zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets zu sinkenden Punktwerten führt. Im Gegensatz dazu würden bei kollektiv rationalem Verhalten aller niedergelassenen Ärzte Leistungsausweitungen vermieden. Sobald aber der Strategie, den eigenen Anteil am Gesamtbudget über Leistungsausweitungen zu steigern, eine hinreichend große Zahl der Ärzte folgt, wird die Leistungsspirale losgelöst; Vgl. Krauth, et al. (1998) S. 4

⁴⁷³ Vgl. Neuffer (1996) S. 54

⁴⁷⁴ Wobei die stärksten Ausschläge eher bei den jüngeren Altersgruppen liegen. Rund 80% aller Versicherten liegen unterhalb des Ausgabendurchschnitts ihrer Altersgruppe. Auf die Minderheit derjenigen, die über dem Durchschnitt liegen, entfallen jedoch 80% der Gesamtkosten; Vgl. Stillfried (2000) S. 26

Ärzt Kollektive - zu erheblichen Risiken führen würde.⁴⁷⁵ Auch in der Schweiz, wo z.B. die HMOs der SanaCare AG über sektorübergreifende Behandlungspauschalen vergütet werden, ist die Definition der „richtigen“ Kopfpauschale ein wichtiges Diskussionsthema. Dabei werden bei der Berechnung derzeit die folgenden Parameter berücksichtigt.⁴⁷⁶

- Kriterien des Risikoausgleichs: Geschlecht und Alter
- Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr
- Regionale Unterschiede: Stadt/Land
- Großrisikowahrscheinlichkeit: Die Versorgungspauschalen pro Cluster werden um den Betrag gekürzt, der aufgrund der Großrisikoregelung von den Krankenkassen übernommen wird.⁴⁷⁷
- Kosten vor Eintritt in die HMO und Dauer der bisherigen Mitgliedschaft (Für HMO-Versicherte wurde nachgewiesen, dass diese bereits vor Eintritt geringere Kosten als alters- und geschlechtskorrigierte Vergleichskollektive verursacht haben.⁴⁷⁸ Dieser Kostenvorteil nimmt aber mit zunehmender Mitgliedsdauer ab. Die Versorgungspauschalen müssen also im Zeitverlauf leicht ansteigen).
- Angestrebte Kostenziele und Administrationsentschädigung (Die hier vereinbarten Werte werden von der Versorgungspauschale abgezogen bzw. hinzugerechnet).

Diese Vorgehensweise führt sicherlich zu genaueren Ergebnissen, als wenn eine ausschließliche Konzentration auf die Parameter des RSA erfolgen würde. Trotzdem werden noch keine wirklichen Morbiditätskriterien verwandt.⁴⁷⁹ Ohne solche Kriterien ergeben sich aber nach wie vor Probleme: Wurden z.B. im Jahr

⁴⁷⁵ Vgl. Stifried (2000) S. 26

⁴⁷⁶ Vgl. Beck (2001) S. 12 ff.

⁴⁷⁷ Z.B. fallen für den 36 - 50-jährigen Berner durchschnittlich 40,46% der Kosten oberhalb von 10.000 SFR an. Da die Versicherung zukünftig nur noch 90% der diesen Betrag übersteigenden Kosten übernehmen soll, müsste die Versorgungspauschale der 36 - 50-jährigen Berner aufgrund des Großrisikozuschlages um 36,41% gekürzt werden (40,46 abzüglich 10%). Derzeit beträgt die Versorgungspauschale für den genannten Personenkreis 526,68 SFR ohne Berücksichtigung der Großrisiken. Sie wird deshalb um 36,41% auf einen Betrag von 334,92 SFR gekürzt. Aktuell liegt die Großrisikogrenze noch bei 20.000 SFR, wobei der diesen Betrag übersteigende Kostenteil zu 100% von den Krankenversicherern übernommen wird.

⁴⁷⁸ Vgl. Beck, Keller (1998) S. 30 ff.

⁴⁷⁹ Vgl. Buchner, Wasem (2000) S. 90

eins niedrige Kosten aufgrund der Anwendung effektiver Behandlungsverfahren erzielt, so stellt diese niedrigere Kostenbasis die Grundlage für die Verhandlung der Versorgungspauschale im Jahr zwei dar. Die Morbidität des Kollektivs muss sich aber nicht wirklich verbessert haben, obgleich dieses hier angenommen wird, da Morbiditätskriterien mit den entstandenen Kosten gleichgesetzt werden.⁴⁸⁰

Aus diesen Gründen erscheint ein wirklich morbiditätsorientierter Ansatz die beste Lösung zur Berechnung der Kopfpauschalen zu sein. Ein Beispiel für ein solches Berechnungssystem sind die Adjusted Clinical Groups (ACG). Dieses Patientenklassifikationsprogramm wird vor allem in den USA zur Berechnung morbiditätsbezogener prospektiver Kopfpauschalen eingesetzt. Derzeit enthält z.B. das Johns Hopkins ACG Case-Mix System 93 verschiedene ACGs. Zu deren Ermittlung wurden zunächst alle während eines Jahres gestellten Diagnosen gesammelt und auf der Basis der über 13.000 amerikanischen Diagnosecodes des ICD-9-CM zu Krankheitsgruppen zusammengefasst. Diese Krankheitsgruppen erhielten den Namen ADG (Adjusted Diagnostic Groups). Da innerhalb eines Jahres bei einem Patienten verschiedene ADGs auftreten können, wird anschließend, zusammen mit den Informationen über Alter und Geschlecht des Patienten, eine ACG pro Patient pro Jahr ermittelt. Der Gesundheitszustand eines Patienten kann damit relativ genau beschrieben werden und der Erklärungswert ist bezüglich der Ausgabenvarianz um ein Vielfaches höher als bei den zuvor beschriebenen Möglichkeiten.⁴⁸¹

Daher soll auch für die regionalen Leistungserbringernetze in der GKV morbiditätsberücksichtigende Behandlungspauschalen auf der ACG-Basis entwickelt werden. Nur solche Berechnungsvarianten der Kopfpauschalen bilden die Grundlage für die Übernahme wirtschaftlicher Verantwortung durch Leistungserbringer. Würden ausschließlich die bisherigen RSA-Faktoren oder gar die derzeitigen KV-Kopfpauschalen herangezogen, bestünde für die Leistungserbringerverbände ein viel zu hohes zufallsbedingtes Risiko (und natürlich auch eine große zufallsbedingte Chance).

Berücksichtigen die Budgets aber die Morbidität der Versicherten, so besteht für die Ärzteteams kein Anlass zur Risikoselektion in Form eines Cream Skimmings. Ganz im Gegenteil: Die für die Effizienz der GKV so wichtigen chronisch Kranken

⁴⁸⁰ Vgl. Bühner (2001) S. 21 ff.

⁴⁸¹ Vgl. Weiner, et al. (1998) S. 29 ff.

wären für die Netze besonders interessant, da durch deren hohe Leistungsausgaben auch mit hohen Effizienzsteigerungen zu rechnen ist. Denn bei Personen ohne Leistungsausgaben sind auch keine Kosten vorhanden, die gemanagt werden können.⁴⁸² Gleichzeitig würde auch die in den strategischen Erfolgsfaktoren benannte Konzentration auf die chronisch Kranken in den Mittelpunkt der Versorgung gerückt. Auch L. Männer geht davon aus, dass der größte positive Effekt für die GKV dann erreicht werden kann, wenn möglichst viele Versicherte mit hohen erwarteten Leistungsausgaben von motivierten Ärzteteams betreut werden, die hierfür aber auch den richtigen „Preis“ bekommen müssten. Der richtige Preis sei dabei eine risikoadäquate Behandlungs-pauschale.⁴⁸³

Gatekeeping

Die Umsetzung von integrierten Budgets für Leistungserbringernetze ist ohne das Instrument des Gatekeepings nur sehr schwierig. Denn solange niedergelassene ambulante Ärzte keinen Einfluss auf nachgelagerte Behandlungsbereiche ausüben und Patienten auch mehrere Ärzte ohne Einschränkung parallel aufsuchen können, ist die Übernahme von wirtschaftlicher Verantwortung im Rahmen von vollständigen Behandlungspauschalen für Ärzte nicht zumutbar.⁴⁸⁴ Sobald Ärzte oder Ärztenetze wirtschaftliche Verantwortung übernehmen, wird deshalb auch von den meisten Experten ein Gatekeepingsystem als Voraussetzung angesehen, damit die Ärzte auch tatsächlich die Möglichkeiten zur Steuerung der Behandlungsabläufe haben. Verzerrende Effekte durch Patienten, die gleichzeitig bei mehreren Ärzten in Behandlung sind, können dadurch weitestgehend ausgeschlossen werden.⁴⁸⁵ Der Hausarzt soll die Koordinierungsrolle für den Patienten übernehmen und gewissermaßen als Lotse auf dem Weg durch die unterschiedlichen Versorgungsinstanzen fungieren. Ziel ist dabei die Sicherstellung der Behandlung auf der medizinisch effizientesten Ebene. Es stellt sich dabei die Frage, inwieweit Leistungserbringer die Rolle des Gatekeepers im

⁴⁸² Besonders deutlich wird dies durch die Aussage, dass nur 5% aller Versicherten 50% der Kosten verursachen. Die allgemeine Interpretation daraus ist schlicht falsch. Je gesünder ein Bestand ist, um so niedriger ist der Anteil derjenigen, die 50% der Gesamtausgaben verursachen. Je ungesünder ein Bestand ist, um so höher ist der Anteil der 5% die 50% der Gesamtausgaben verursachen; Vgl. Männer (1997) S. 99 ff.).

⁴⁸³ Vgl. Männer (1997) S. 109

⁴⁸⁴ Vgl. Krauth, et al. (1997) S. 8

⁴⁸⁵ Vgl. Schwoerer, u.a. (1999) S. 159; Krauth, et al. (1997) S. 24

Sinne des Patienten überhaupt ausfüllen können, da sie neben dieser Rolle ja zugleich auch „abrechnender Arzt“ sind und nach bestimmten Anreizsystemen entschädigt werden. Demnach könnten Diagnostik und Therapie bzw. Eingriffsdichten weniger vom konkreten Bedarf des Patienten als vom persönlichen Können, den zur Verfügung stehenden technischen Mitteln und dem Anreizsystem beeinflusst werden.⁴⁸⁶ Aufgefangen kann dieses Problem zum Teil dadurch, dass das Gatekeepingsystem in ein umfassendes Qualitätssicherungssystem eingebunden wird. Dabei müssen zumindest ein Teil der Messparameter konkret an Patienteninteressen gebunden werden (z.B. Patientenzufriedenheit).⁴⁸⁷ Die Etablierung von Qualitätssicherungssystem wird auch im GKV-System angestrebt (vgl. Kap. 5.1.1).

Im hier vorgestellten Modell soll die Gatekeepingfunktion zukünftig von den niedergelassenen Allgemeinärzten in den regionalen Netzen übernommen werden. Organisiert sind diese Netze in Form von IPOs, d.h. die Ärzte bleiben weiterhin in ihren Praxen und behandeln auch Patienten außerhalb der alternativen Versorgungsprodukte. Zusätzlich besteht aber auch die Möglichkeit HMOs in diese IPO-Modelle zu integrieren. Da HMOs, u.a. durch die vorhandenen Möglichkeiten zur Fixkostendegression, niedrigere Kosten versprechen, finden sich dort auch die größten finanziellen Chancen. Budgetunterschreitungen sind also wahrscheinlicher als in reinen IPO-Modellen und aus diesem Grund werden HMOs auch ein entsprechendes Interesse bei den Leistungserbringern des GKV-Systems hervorrufen können. Allerdings sind auch in Deutschland die HMOs nur in städtischen Gebieten umsetzbar, da zur Mindestauslastung der Kapazitäten ein entsprechend großes Patientenpotenzial vorhanden sein muss. Die interne Vergütung innerhalb der Netze erfolgt nach den in Kapitel 5.1.4. vorgestellten Vergütungskonzept.⁴⁸⁸

Entscheiden sich Versicherte für den Eintritt in die Netze, so verpflichten sie sich bei Erkrankungen zunächst immer einen Allgemeinarzt aus dem Netzverbund aufzusuchen. Durch die virtuelle Vernetzung der Ärzte ist die Vermeidung von

⁴⁸⁶ Vgl. Güntert (1999) S. 172

⁴⁸⁷ Vgl. Güntert (1999) S. 176 ff.

⁴⁸⁸ Da HMOs überwiegend im allgemeinmedizinischen Bereich tätig sind, werden sie analog dem neuen Vergütungssystem in Pauschalen vergütet werden, was auch die größte Nähe zu den in der Schweiz praktizierten Staff-Model-HMOs aufweist.

Doppeluntersuchungen und unkoordinierten Behandlungsprozessen weitestgehend sichergestellt. Da es sich zunächst um relativ kleine Ärztgruppen handelt, kann die freie Arztwahl innerhalb der Allgemeinärzte eines Netzes auch bestehen bleiben und damit die Akzeptanz der Produkte gegenüber den Versicherten gesteigert werden. Ähnlich wird bereits jetzt in den HMOs der Schweiz verfahren, wo Versicherte die Möglichkeit haben zwischen den Ärzten der HMO zu wählen. Weiterhin besteht für die Versicherten die Möglichkeit Diagnosen im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens innerhalb der Netze abprüfen zu lassen. Konsultationen von Ärzten außerhalb der Netze sind allerdings nur per Überweisung durch einen Netzarzt (oder durch das Inkaufnehmen von Kostenbeteiligungen) möglich. Diese Regelungen garantieren die eingangs genannten Steuerungsmöglichkeiten der Netzärzte und bedeuten für den Versicherten zugleich eine abgestimmte Behandlung. Neben diesen qualitativen Punkten werden den Versicherten aber auch finanzielle Anreize geboten, damit sie sich für die alternativen Versorgungsprodukte entscheiden. Vorstellbar ist ein 10 - 15%iger Beitragsnachlass gegenüber den „normalen“ Tarifen einer Krankenkasse.⁴⁸⁹

Ein wichtiges Werkzeug für die Gatekeeper zur Steuerung und Koordination des Behandlungsprozesses ist die virtuelle Vernetzung der Allgemeinärzte mit den beteiligten Spezialisten innerhalb eines Netzes. Da die Spezialisten zugleich auch eine finanzielle Mitverantwortung (Bonus/Malus) tragen, werden sie an einer effizienten Koordination der Behandlung durch den Gatekeeper interessiert sein und diesen nach Kräften unterstützen.

Darüber hinaus gilt es aber auch die nachgelagerten Sektoren in den Behandlungsprozess vertraglich zu integrieren, denn es reicht für die Umsetzung eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes nicht aus, lediglich auf die Anreize eines sektorübergreifenden Budgets zu setzen. Vielmehr müssen mit den nachgelagerten Behandlungssektoren konkrete Vereinbarungen getroffen werden, indem sich z.B. die Netze verpflichten bestimmte Leistungsmengen zu festgelegten Qualitätskriterien und Kosten abzunehmen. Hier handelt es sich insbesondere um

⁴⁸⁹ Baumberger ist der Meinung, dass der Beitragsnachlass in den ersten fünf Jahren, bis entsprechende Erfahrungen vorliegen, nicht höher als 20% liegen darf; Vgl. Baumberger (2001) S. 126; Mittlerweile haben sich die Rabatte in der Schweiz zwischen 10% (Hausarztssystem) und 20% (HMO) eingependelt, abhängig vom jeweiligen Anbieter und dessen Produkten.

den Krankenhausbereich,⁴⁹⁰ ambulante Pflegedienste, Hilfsmittellieferanten und physikalische Therapiepraxen.⁴⁹¹ Damit kommt es auch in diesen Behandlungsbereichen zu Konkurrenzsituationen, weil die Netze nicht zwingend mit allen regional vorhandenen Einrichtungen zusammenarbeiten werden. Auf der anderen Seite bedeutet die Kooperation mit effizient arbeitenden Krankenhäusern und Pflegediensten für die Netze eine entsprechende Reputation und nicht zuletzt eine wichtige Position bei den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen.

Utilization Management und Leitlinien: Qualitätsmanagement der Netze

Vor allem in den Managed Care-Systemen in den USA werden Utilization Management und auch Leitlinien als klassische Qualitätsmanagementinstrumente flächendeckend eingesetzt. Allerdings führte die Überbetonung dieser Instrumente durch die Kostenträger nicht nur zu einer aufgeblähten Verwaltung der Managed Care-Organisationen, sondern auch zu einer starken Überwachung der Leistungserbringer.⁴⁹²

Das Verständnis dieser Instrumente soll im Kontext der hier vorgestellten regionalen Ärztenetze aber ein anderes sein. Grundgedanke der veränderten Philosophie ist die bereits beschriebene klare Rollenverteilung der Marktteilnehmer, die die Rolle der Kostenträger auf das selektive Kontrahieren und das Management der versicherungstechnischen Abläufe beschränkt.

Sobald die Kostenträger nämlich damit anfangen detaillierte Vorgaben hinsichtlich der Behandlung von Versicherten zu machen, benötigen sie einen entsprechenden Kontrollapparat, damit eine laufende Überwachung der Leistungserbringer sichergestellt wird. Deshalb sind die Leistungserbringer weitestgehend selbst für das Qualitätsmanagement zuständig und die zugehörigen Instrumente werden deshalb auch von den Ärzteteams selbst entwickelt. So ist z.B. das *Utilization Management* im hier beschriebenen Konzept als eine Art Benchmarking innerhalb der Ärztegruppe zu verstehen. Die Leistungen eines Arztes werden mit denen der anderen Ärzte verglichen und die Ergebnisse im Rahmen von Qualitätszirkeln

⁴⁹⁰ Dieses betrifft u.a. auch Absprachen zum ambulanten Operieren oder zur vor- und nachstationären Behandlung.

⁴⁹¹ Dabei werden die ambulanten Netze die nachgelagerten Sektoren auch an den wirtschaftlichen Chancen und Risiken partizipieren lassen. Dadurch entstehen Anreize für die Krankenhäuser außerhalb bestehender Budgets mögliche Gewinne zu erzielen und ggf. über Vereinbarungen zur ambulanten Operation Auslastungseffekte zu erzielen.

⁴⁹² Vgl. Eichhorn, Schmidt-Rettig (1998) S. 20 f.

diskutiert. Alle Teilnehmer werden dabei an den Ergebnissen der anderen Teilnehmer interessiert sein, da über das Gesamtbudget die Einkommenssituation aller Ärzte angesprochen wird.⁴⁹³

Eng verbunden mit dem Utilization Management ist die Umsetzung von ärztlichen *Leitlinien*. Demnach sollen auch in den regionalen Ärztenetze Leitlinien als anerkannte Wissensbasis genutzt werden. In den letzten Jahren wurden international sehr viele Leitlinien entwickelt, die das bestehende medizinische Wissen in systematischer Form aufgearbeitet haben. In Deutschland hält die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Hunderte von Leitlinien für Diagnostik und Therapie vor.⁴⁹⁴ Allerdings sind deren Evidenzgrade sehr unterschiedlich und reichen von einer relativ hohen Absicherung bis zu „einfachen“ Expertenmeinungen. Aus diesem Grund führt die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) ein sogenanntes Leitlinienclearing durch, wobei die jeweils vorhandenen Leitlinien zunächst nur auf die ihr zugrunde liegende Methodik bewertet werden. Zugleich sollen sukzessive für die wichtigsten chronischen Erkrankungen sogenannte deutsche Versorgungsleitlinien entwickelt werden. Das bedeutet aber nicht, dass die Ärzteteams diese Versorgungsleitlinien nicht eins zu eins umzusetzen haben, sondern dass diese Versorgungsleitlinien innerhalb der Ärztegruppen weiterentwickelt werden müssen, um die regionalen Gegebenheiten (z.B. Verfügbarkeit von Krankenhäusern oder speziellen medizinischen Geräten) entsprechend zu berücksichtigen. Erst nach eingehender Diskussion innerhalb der Ärztegruppe wird sich eine höhere Akzeptanz gegenüber der Leitlinie einstellen.⁴⁹⁵ Der Wettbewerb der Leistungserbringernetze soll also nicht in der Erstellung von Leitlinien liegen⁴⁹⁶, sondern in der Anpassung und der Umsetzung an die regionale Situation. Denn nur, wenn die Leistungserbringer selbst Gestaltungsmöglichkeiten haben, wird sich auch eine Akzeptanz gegenüber den Leitlinien einstellen. Neben der Akzeptanz braucht es auch Anreize für die Leistungserbringer sich mit den Leitlinien zu beschäftigen. Dieses wird im Rahmen der hier vorgestellten Netze

⁴⁹³ Vgl. Sauer mann (1999) S. 164

⁴⁹⁴ Vgl. Szecsenyi (2001) S. 82

⁴⁹⁵ Vgl. Neuffer (1996) S. 56

⁴⁹⁶ Die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien kann auch von kleinen Leistungserbringerguppen nicht realisiert werden, da dieses sehr kostenintensiv ist und des Weiteren auch hohe methodische Ansprüche stellt.

durch die Konkurrenzsituation zwischen den Leistungserbringerverbänden und einer möglichst transparenten Darstellung von Benchmarkparametern erreicht.

Organisation und Aufgabenabgrenzung

Bei diesem Punkt geht es vor allem darum die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, damit die regionalen Leistungserbringerteams auch die ganzheitlichen Budgets und damit die Behandlungsprozesse aktiv steuern können. Gerade vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Praxisnetzen innerhalb des GKV-Systems wird deutlich, dass professionelle Netzstrukturen einen nicht zu unterschätzenden Erfolgsfaktor darstellen:⁴⁹⁷ Voraussetzung für die vertragliche Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und auch für die aktive Zusammenarbeit innerhalb der regionalen Ärztegruppen ist deshalb die Organisation der Leistungserbringer im Rahmen von Gesellschaften. Aufgrund der Einfachheit wird analog den schweizerischen Erfahrungen auch für die GKV der Verein als Gesellschaftsform favorisiert. Neben dieser internen Organisation der Leistungserbringer, benötigen die Netze zusätzlich ein profundes Management Know-how um wirtschaftliche Chancen und Risiken besser einschätzen und Vertragsverhandlungen entsprechend führen zu können, vor allem jedoch um im Rahmen eines wirtschaftlichen Controllings ständig über den finanziellen Status informiert zu sein. Da die Kernkompetenzen der Netzärzte im Bereich der Medizin liegen, wird dieses Wissen über die Verbände bzw. über externe Managementgesellschaften zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wird den Ärzten Hilfestellung in der Organisation eines gemeinsamen Einkaufs, Logistikunterstützung und die Vermarktung der Netze geboten.

Aber auch auf Kassenseite muss erhebliches Know-how aufgebaut werden. Denn die wichtigste Aufgabe der Kostenträger besteht zukünftig darin entsprechende Verträge mit unterschiedlichen Ärztegruppen zu vereinbaren und dabei Qualitäts- und Kostenziele zu diskutieren.

Die Vermarktung der Netze

In allen Lebenslagen der Menschen üben Marketing und Werbung mittlerweile starke Einflüsse auf das Verbraucherverhalten aus. Diesen Entwicklungen kann sich auch das Gesundheitswesen nicht mehr länger entziehen. Professionelle

Kampagnen müssen deshalb auch dort Eingang finden. Dabei geht es darum den Versicherten über intelligente Kampagnen das hochkomplexe Produkt Gesundheit Verständlich zu machen um dadurch Einstellungsveränderungen vor allem bezüglich Prävention zu erreichen aber auch um die (Qualitäts-)Vorteile der alternativen Versorgungsmodelle transparent zu machen.⁴⁹⁸ Sollte diese mittelfristig nicht gelingen, werden Veränderungen im Gesundheitswesen weiterhin von der überwiegenden Bevölkerung als ungerechtfertigte Einschränkungen betrachtet werden, was schnell zu hohen (politischen) Widerständen führen wird.

Neben diesen überregionalen Informationskampagnen müssen auch die einzelnen Leistungserbringerverbände die Möglichkeit erhalten, Nutzensvorteile gegenüber den Versicherten zu kommunizieren. Voraussetzung hierzu ist aber die Lockerung des bestehenden Werbeverbots für Mediziner. Trotz des gesteigerten Informationsbedürfnisses ist den Ärzten im Rahmen des § 27 Abs. 1 MBO-Ä nach wie vor jegliche Werbung für sich oder andere Ärzte untersagt. Alleine dafür, dass sie im Internet auftreten dürfen musste eigens die ärztliche Berufsordnung geändert werden. In Abschnitt D, I, Nr. 6 heißt es dort: " [...] Veröffentlichungen in Computerkommunikationsnetzen sind gestattet, wenn durch verlässliche technische Verfahren sichergestellt ist, dass der Nutzer nur Zugang zu einer Homepage erhalten kann, welche ausschließlich die für das Praxisschild zugelassenen Angaben erhalten und erst nach einer weiteren Nutzerabfrage die Praxisinformationen zugänglich gemacht werden". Im Klartext dürfen Mediziner also nur wenige Informationen, wie z.B. ein Praxisschild mit Namen, der Arztbezeichnung und den Sprechstundenzeiten anbringen bzw. veröffentlichen. Sie dürfen sich in allgemeine Adressbücher und sonstige amtliche Verzeichnisse aufnehmen lassen und bei Niederlassung, Zulassung, Praxisaufgabe, längerer Abwesenheit oder Krankheit sowie bei Verlegung der Praxis, der Änderung der Sprechstundenzeiten oder der Fernsprechnummer in bestimmter Form Anzeigen in der Presse schalten. Sachliche Informationen medizinischen Inhalts und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung sind in den Praxisräumen des

⁴⁹⁷ Siehe in Kapitel 3.2.6.3 die Probleme im Rahmen der Umsetzung des Praxisnetzes Berlin.

⁴⁹⁸ Szathmary weist bezüglich der Einführung von Disease Management-Programmen in den USA überspitzt darauf hin, dass zum Teil das Marketing wichtiger sein kann als deren Inhalt; Vgl. Szathmary (1999) S. 195

Arztes zur Unterrichtung der Patienten ebenfalls zulässig, wenn eine werbende Herausstellung des Arztes und seiner Leistungen unterbleibt. Für Leistungserbringer mit überdurchschnittlichen Qualitätswerten muss zukünftig aber zwingend die Möglichkeit geschaffen werden, die Versicherten über diese Wettbewerbsvorteile zu informieren.⁴⁹⁹ Alleine volkswirtschaftlich ist dieses absolut notwendig, damit die Ressourcen zu den bestmöglichen Anbietern gelangen. Durch das bisher geltende Werbeverbot für Mediziner wird diese Transparenz aber extrem behindert.

Zusammenfassung

Betrachtet man die hier vorgenommene Einbettung der integrierten Leistungserbringernetze in eine Vielzahl weiterer Instrumente (vor allem der morbiditätsorientierten, ganzheitlichen Budgets und des Gatekeepings) kann vor allem das gegenüber Managed Care-Modellen bisher oft gebrauchte Argument der Risikoselektion eher vernachlässigt werden. Zwar ist aufgrund der schwierigen Zurechenbarkeit der Behandlungsergebnisse auf die eingesetzten Ressourcen eine langfristige Betrachtung und Dokumentation der Ergebnisse notwendig, ziemlich sicher gilt hingegen, dass eine Verbesserung der Struktur- und vor allem der Prozessqualität auch positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben wird.⁵⁰⁰

⁴⁹⁹ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 3

⁵⁰⁰ Auch Szucs ist der Meinung, dass Qualitätsverbesserungen Kosteneinsparungen folgen werden, da ein funktionaler Zusammenhang zwischen den Handlungsmöglichkeiten der Leistungserbringer (Struktur- und Prozessqualität) und der Ergebnisqualität besteht; Szucs (1997) S. 141

5.1.4. Veränderungen der Anreizsysteme für die Marktteilnehmer

Die Veränderung der Anreizsysteme für die Marktteilnehmer beinhaltet die folgenden, im Rahmen der strategischen Erfolgsfaktoren festgestellten, Punkte:

- Die Vergütung der Leistungserbringer
- Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungssysteme für Versicherte
- Die Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs zwischen Krankenkassen

Die Vergütung der Leistungserbringer:

Ziel einer Neugestaltung des Vergütungssystems der Leistungserbringer ist es die derzeit bestehenden finanziellen Anreize so zu verändern, dass eine effiziente und vor allem eine auf die Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Versorgung unterstützt wird. Kritikpunkt des aktuellen Vergütungssystems ist dabei vor allem die übermäßig starke Fokussierung auf die Einzelleistungsvergütung und damit zugleich die fehlende Orientierung der Leistungserbringer auf sektorübergreifende Behandlungsstrategien.

Allerdings stellt das Vergütungssystem, neben weiteren nicht-monetären Anreizen, nur ein Beeinflussungsfaktor für das ärztliche Handeln dar. Dass es aber eine wichtige Bedeutung hat, zeigt der Mengenanstieg von Leistungen der „sprechenden Medizin“ nach dem diese in der Vergangenheit gegenüber „technischen Leistungen“ höher bewertet wurden.⁵⁰¹

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anreize, die von den einzelnen Vergütungsformen ausgehen, erscheint es sinnvoll, dass sich die zukünftige Vergütung der Leistungserbringer aus einer Kombination von mehreren Vergütungsformen zusammensetzt. Innerhalb eines solchen modularen Vergütungssystems können dann die Anreizwirkungen der einzelnen Vergütungsformen tendenziell so austariert werden, dass deren jeweilige Nachteile möglichst gemildert und die Vorteile erhalten bleiben.⁵⁰²

Im folgenden wird zunächst eine kurze Aufstellung über die möglichen Vergütungsformen inklusive deren Vor- und Nachteile gegeben:

⁵⁰¹ Vgl. Hustadt (1998) S. 130

Vergütungsformen	Chance	Risiko
Gehalt: Leistungserbringer sind angestellt und erhalten einen festen Geldbetrag pro Monat	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgung unabhängig von Vergütungsanreizen - Geringes Existenzrisiko für Leistungserbringer - Hohe Behandlungsqualität - Geringe Verwaltungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Wirtschaftlichkeitsanreize, - Wartezeiten - Motivation der Ärzte
Kopfpauschale: Leistungserbringer erhalten einen Fixbetrag für eine bestimmte Zeiteinheit (z.B. Quartal, Jahr) pro Versicherter	<ul style="list-style-type: none"> - Anreiz zur Gesunderhaltung der Versicherten - Wirtschaftlichkeitsanreize - Geringe Verwaltungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahr der Risikoselektion - Gefahr der Unterversorgung - Umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig - Kostenverlagerung, wenn Kopfpauschale exkl. der veranlassten Leistungen ist
Fallpauschale: Leistungserbringer erhalten eine feste Vergütung pro Behandlungsfall (in der Regel nach Schweregrad und Diagnose gestaffelt)	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Anreize zur Mengenausweitung innerhalb eines Falles - Wirtschaftlichkeitsanreize zur kostengünstigen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahr der Unterversorgung pro Fall - Upgrading - Gefahr der Kostenverlagerung - Gefahr der Fallausdehnung
Leistungskomplex: Bestimmte Einzelleistungen werden zu Leistungskomplexen zusammengefasst und pauschal abgegolten	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Anreiz zur Leistungsausweitung innerhalb eines Komplexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahr der Mengenausweitung - Inhalte der Leistungen nur durch Zusatzleistungen gesichert
Einzelleistung: Leistungserbringer erhalten eine Vergütung pro abgerechnete Leistung (z.B. Untersuchung)	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsorientierte Vergütung - Produktivitäts- und Leistungssteigernd 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahr der Leistungsausweitung - Rosinenpicken, z.B. durch Bevorzugung von Geräteleistungen
Kollektivbudget: Eine Gruppe von Leistungserbringern erhält als Honorar prospektive eine Gesamtsumme für einen bestimmten Zeitabschnitt und trägt dafür das Behandlungsrisiko für eine definierte Versichertengruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Bei richtiger Größe der Leistungserbringergruppe (nicht zu klein und nicht zu groß) kommt es zu Selbststeuerungseffekten - Anreize zu kooperativem Verhalten zwischen den Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> - Großes Risiko für Leistungserbringer bei zu kleinen Kollektiven - Hamsterradeffekt bei zu großen Kollektiven - Schwierige Ermittlung der Budgets
Erfolgsabhängige Bonusvergütung: Die Vergütung richtet sich nach vereinbarten Erfolgskriterien (z.B. Qualitätsverbesserungen oder Einsparziele). Sie wird in der Regel nur zusätzlich zu anderen Formen eingesetzt.	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsverbesserungen bzw. Einspareffekte können erreicht werden - Flexibel einsetzbar, da Erfolgsparameter individuell vereinbart werden können. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollkosten - Erfolge sind in der Regel nicht ausschließlich durch den Leistungserbringer zu beeinflussen (z.B. ist auch Compliance wichtig)

Abb. 39: Mögliche Vergütungsformen in der ambulanten Versorgung, Quelle: Eigene Darstellung

Das hier favorisierte und im folgenden vorgestellte Vergütungssystem basiert im Wesentlichen auf dem Konzeptpapier der Beratungsgesellschaft McKinsey⁵⁰³

⁵⁰² Vgl. Krauth, et al. (1997) S. 9

⁵⁰³ Vgl. McKinsey (1996a) S. 117 ff; McKinsey (1996b) S. 174 f.

sowie dem Diskussionspapier zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung von C. Krauth et al.⁵⁰⁴

- Kopfpauschalen pro behandelter Versicherter für die hausärztliche Grundversorgung: Die hausärztliche Grundversorgung soll mit einer kopfpauschale pro Quartal vergütet werden, da das Behandlungsspektrum in diesem Bereich für eine begrenzte Anzahl von Abläufen verschiedener Krankheitsbilder durchaus standardisierbar ist. Dabei wird eine allgemeine Kopfpauschale pro behandelten Patienten nach der Gewichtung akut, chronisch und psychosozial gezahlt.
- Leistungskomplexe für die fachärztliche Grundversorgung: Die fachärztliche Grundversorgung soll zum großen Teil über grob definierte Leistungskomplexe honoriert werden, die die typischen Tätigkeiten eines Facharztes abdecken. Sie sind weniger umfangreich als Fallpauschalen und beinhalten z.B. die einmalige symptomorientierte Erhebung der Krankheitsgeschichte einschließlich Untersuchung, Beratung und Erstellung des Behandlungsplanes.
- Einzelleistung und detaillierte Leistungskomplexe für die fachärztliche Spezialversorgung: Bei der fachärztlichen Spezialversorgung erfolgt eine Unterscheidung zwischen standardisierbaren und nichtstandardisierbaren Leistungen. Bei ersteren erfolgt die Vergütung ebenfalls über Leistungskomplexe (z.B. für diagnostische Leistungen oder ambulante Operationen). Nichtstandardisierbare Spezialleistungen werden aufgrund der notwendigen Qualifikation und Technik weiterhin per Einzelleistung vergütet.
- Erfolgsorientierte Bonusvergütung: Bei sicherer Rückführung der Behandlungsergebnisse auf die medizinischen Inputfaktoren wäre die ergebnisorientierte Vergütung sicherlich die Variante mit dem größten Nutzen für das System. Aufgrund des bekannten komplexen Ursache-Wirkung-Geflechtes, kann die ergebnisorientierte Vergütung aber immer nur ein Teil des Gesamtvergütungssystems sein. Dieser Part basiert dann auf ausgewählten Parametern der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Beispiele für die Betonung der Strukturqualität sind die sachlichen, organisatorischen und persönlichen Voraussetzungen der Leistungserbringer wie z.B. Aus- und Fortbildung sowie die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln. Im Rahmen der Prozessqualität könnte eine Kopplung an die Einhaltung von Leitlinien erfolgen. Für die

⁵⁰⁴ Vgl. McKinsey (1996a, 1996b); Krauth, et al. (1997); Letzteres wurde als Gutachten für die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen verfasst

Honorierung der Ergebnisqualität müssen Kriterien sowie Methoden und Quellen für die Ableitung der Daten zur Bestimmung von gesundheitlichen Ergebnissen vereinbart werden.

Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen für die Versicherten

Hierbei stellt sich zunächst die Frage inwieweit Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungssysteme die Ausgaben der ärztlichen Behandlung steuern können. So zeigte eine Studie der Rand Cooperation, dass es durch Selbstbeteiligungen zwar zu einer geringeren Zahl an Erstkontakten zu Ärzten kommt, ist dieser Erstkontakt allerdings erfolgt, wird die Leistungsanspruchnahme in der Folge ähnlich hoch sein wie in Fällen ohne Selbstbeteiligungen.⁵⁰⁵ Bedenkt man nun, dass der weitaus größte Teil der Kosten im Gesundheitswesen von nur wenigen (in der Regel chronisch kranken) Versicherten verursacht wird, kommt man zu dem Ergebnis, dass Selbstbeteiligungen demzufolge nur wenig steuernd wirken können.

Im Rahmen dieser Argumentation hätten Selbstbeteiligungen also lediglich den Charakter einer zusätzlichen Einnahmequelle für die Versicherung. Fraglich ist vor allem die Wirkung eines ex ante Moral-Hazard-Effektes der Versicherten. Dieses würde nämlich bedeuten, dass Versicherte ausschließlich aufgrund der zuzahlungsfreien ärztlichen Behandlung ihre individuellen Anstrengungen zur Vermeidung eines Versicherungsfalles reduzieren, mit der Konsequenz einer erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit des Schadens.

Auf der anderen Seite kann man sich aber durchaus vorstellen, dass wenn Leistungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden und eine Bedürftigkeitseinschätzung für medizinische Leistungen durch den Versicherten eher schwierig ist, er bei Auftreten einer Erkrankung den Arzt tendenziell eher zuviel als zuwenig aufsuchen wird und zusätzlichem Leistungskonsum somit offen gegenüber steht

⁵⁰⁵ Zu diesem Ergebnis kam eine große Studie der Rand Corporation Ende der 70er Jahre. Dabei wurden in sechs verschiedenen Orten in den USA jeweils ca. 1.000 Personen für 3 bis 5 Jahre in eine dafür geschaffene Versicherungsgesellschaft aufgenommen und nach dem Zufallsverfahren bestimmte Selbstbeteiligungstarife zugewiesen (Selbstbeteiligung von 0 bis 95%). Es zeigte sich, dass Personen mit sehr hoher Selbstbeteiligung mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb eines gegebenen Zeitraumes keinen Arzt aufsuchen. Ist aber ein Arztbesuch einmal erfolgt, lassen sich keine weiteren Differenzen in der Leistungsanspruchnahme zwischen den einzelnen Tarifen erkennen. Zu beachten ist ferner, dass sich die Gesundheit der Versicherten durch die Selbstbeteiligungstarife nicht verschlechtert hatte; Vgl. Breyer, Zweifel (1999) S. 232

(ex post Moral Hazard). Die informative Überlegenheit des Arztes und dessen Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage tun ihr übriges dazu.

Ähnliche Einschätzungen brachten die Modelle zur Beitragsrückerstattung in der GKV Anfang der 90er Jahre als verschiedene Krankenkassen innerhalb der Erprobungsregel nach § 65 SGB V (alt) entsprechende Tarife testeten.⁵⁰⁶ So wurde Mitgliedern bis zu 1/12 ihres Jahresbeitrages (inkl. AG-Anteil) erstattet, wenn sie und ihre Familienangehörigen innerhalb eines Jahres keine Leistungen bezogen hatten. Evaluiert wurden diese Maßnahmen von 1989 - 1994. Demnach erhielten zwischen 14 - 23% der Mitglieder eine Rückzahlung pro Jahr und vor allem junge und gesunde Mitglieder profitierten mehrmals. Die Höhe der Rückzahlungen lag zwischen 88 - 157 €, was insgesamt in etwa 0,7 - 1,4% des Beitragsaufkommens entsprach. Da Leistungsausgaben aber generell sehr konzentriert auftraten (10% der Mitglieder verursachten 53% der Kosten und 60% der Mitglieder nur 13% der Kosten), konnten die Beitragsrückerstattungsmodelle auch nur bei einem bestimmten Versichertensegment kostendämpfend wirken (im hier beschriebenen Fall bei den 60% Versicherten, die für 13% der Kosten verantwortlich waren).⁵⁰⁷

Gleiches besagten auch die Einschätzungen der Versicherten. Positiv zu solchen Modellen äußerten sich vor allem diejenigen, die glaubten auch davon profitieren zu können. Allerdings waren auch knapp 50% der befragten Mitglieder (in der Kontrollgruppe sogar mehr) der Meinung, dass Beitragsrückzahlungen tatsächlich zu einem kostenbewussten Verhalten und geringerer Inanspruchnahme von Bagatelleleistungen führen werden. Negative Auswirkungen wie Krankheitsverschleppungen werden kaum befürchtet.⁵⁰⁸

Insgesamt kann trotz der eingeschränkten Zielgruppe von Nachfragedämpfungseffekten durch Selbstbeteiligungsregelungen ausgegangen werden. So gehen J.M. Schulenburg wie auch F. Breyer und P. Zweifel davon aus, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weniger starr als angenommen sei.⁵⁰⁹

⁵⁰⁶ Im Gesundheitsreformgesetz 1989 wurden Rückerstattungen von Versicherungsbeiträgen bei keiner oder nur geringer Inanspruchnahme von Leistungen als Modelle genehmigt. Insbesondere die BKK aber auch verschiedene AOKen machten hiervon Gebrauch.

⁵⁰⁷ Vgl. Schmidt, Malin (1996) S. 152 ff.

⁵⁰⁸ Vgl. Schmidt, Malin (1996) S. 150 f.

⁵⁰⁹ Schulenburg zeigt in einem empirischen Modell, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weniger starr ist als angenommen und dass von Selbstbeteiligungen signifikante Nachfrage-

Allerdings beeinflussen Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungsmodelle lediglich den Erstkontakt zum Arzt (Zugang zum Medizinbetrieb) und das wesentliche Ziel liegt somit in der Vermeidung von anfallenden Kosten im Bagatelleleistungsbereich. Da in Expertenkreisen aber rund 30% der Leistungsanspruchnahmen im ambulanten Bereich als Bagatelleleistungen eingeschätzt werden, kann eine nachfragesteuernde Wirkung in diesen Fällen tatsächlich realistisch sein.⁵¹⁰

Für die GKV bedeuten die Ergebnisse folgendes:

Beitragsrückerstattungstarife, Franchisen und Selbstbeteiligungen setzen grundsätzlich im unteren Bereich der Verteilung der Leistungsausgaben an, was im Zeitverlauf zu einer weiteren Konzentration der Leistungsausgaben auf wenige Mitglieder führen wird.⁵¹¹ Da es in den Modellen nicht zu Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Versicherten gekommen ist, die Beitragsrückzahlungsmodelle und Franchisen bei den Versicherten auf eine hohe Akzeptanz stoßen und zugleich in bestimmten Versichertensegmenten auch Steuerungswirkung erzielen können, sind sie zukünftig in die GKV als Wahltarife zu implementieren. Wichtig ist dabei die Begrenzung der Wahltarife auf einen Maximalbetrag, damit einer möglichen Unterversicherung entgegengewirkt wird.⁵¹² Außerdem sind die standardmäßig geltenden Selbstbeteiligungen der GKV zu überarbeiten, da die derzeitigen Regelungen für die Versicherten sehr intransparent sind. So werden zum Teil prozentuale Beträge (aber mit differenzierten Prozentsätzen) und zum Teil feste Euro-Beträge, die entweder in der Höhe oder aber zeitlich limitiert sind, als Selbstbeteiligungen erhoben. Dieser historisch gewachsene Flickenteppich an Selbstbeteiligungen führt neben der Intransparenz für die Beteiligten aber auch zu hohen Verwaltungskosten bei den Krankenversicherern. Hier würde eine einheitliche Zuzahlung von 10% auf alle Leistungen eine wesentliche verbesserte Transparenz bringen. Auch der Sachverständigenrat ist der Meinung, dass die steuernde Wirkung der gesetzlichen Selbstbeteiligungen deutlich erhöht werden

dämpfungseffekte ausgehen; Vgl. Schulenburg (2000) S. 105; Vgl. hierzu auch Breyer, Zweifel (1997) S. 232

⁵¹⁰ Vgl. Kayser, Schwefing (1998) S. 74; Schönbach (1994) S. 23

⁵¹¹ Vgl. Schmidt, Malin (1996) S. 157

⁵¹² Auch Breyer und Zweifel kommen zu dem Ergebnis, dass Beitragsrückzahlungstarife bei Schadensfreiheit oder Selbstbeteiligungen nur bis zu bestimmten Höchstsummen positiv wirken können: Vgl. Breyer, Zweifel (1997), S. 232 f.

könnte, wenn sie konsequent und durchgehend als prozentuale Beteiligung ausgestaltet wäre.⁵¹³

Die soziale Überforderung einzelner Versicherter würde durch die Härtefallregelungen abgedeckt, wodurch bereits heute rund 8,5 Mio. Mitglieder vollständig von Zuzahlungen befreit sind.⁵¹⁴ Für alle anderen Versicherten bieten sich bei Bedarf Zusatzversicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen an.

Die Neugestaltung des Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen

Wie bereits in Kap. 3.2.1.2 geschildert, ist der Risikostrukturausgleich (RSA) seit Jahren eines der politisch umstrittensten und viel diskutiertesten Themengebiete im GKV-System und wurde bereits im Rahmen der Istanalyse ausführlich beschrieben. Allerdings hat sich die Diskussion um den RSA in den letzten Monaten verändert. Sprach man bei dessen Einführung noch von einer wettbewerbsvorbereitenden Maßnahme, die nach Anlaufen des Wettbewerbs wieder zurückgefahren werden könnte, so zweifelt mittlerweile kaum noch jemand an der generellen und dauerhaften Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleiches. Die Frage ist lediglich der Umfang und die Definition der Ausgleichsparameter. Theoretisch betrachtet ist die Auflösung hierzu relativ einfach: Der RSA soll Faktoren ausgleichen, die den Beitragssatz der Krankenkassen wesentlich beeinflussen, die einen starken Unterschied zwischen den Krankenkassen aufweisen und die exogener Art, also durch die Krankenkassen nicht beeinflussbar sind.⁵¹⁵ Dadurch wäre zum einen sicher gestellt, dass nur die groben Differenzen zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden (ein zu feiner Ausgleich würde die Wirtschaftlichkeitsanreize der Krankenkassen erheblich reduzieren, da es immer stärker zu einem tatsächlichen Ausgabenausgleich käme)⁵¹⁶ und zum anderen würden durch die ausschließliche Berücksichtigung der exogen verursachten Ausgaben, nur die Differenzen berücksichtigt, die nicht im Einflussbereich der Krankenkassen liegen.

Die Schwierigkeit besteht in der Gradwanderung zwischen der dazu notwendigen Abbildung von Morbidität der Versicherten und einer trotzdem möglichst groben

⁵¹³ Vgl. SVRKaiG (1997) S. 62

⁵¹⁴ Im Jahr 1997 fielen etwa 10 Mio. Versicherte der GKV unter die Härtefallregelung; Vgl. Beske (2001) S. 164

⁵¹⁵ Vgl. Pfaff, Wassener (1998) S. 12

Clusterung der Versicherten. Weiterhin muss die Lösung für die Marktteilnehmer auch praktikabel sein, d.h. sie muss auf Faktoren beruhen, die nachvollziehbar und auch relativ leicht zu erheben sind.

Zukünftig wird der derzeitige RSA um einen Hochrisikopool ergänzt, wo für Versicherte mit mehr als 20.000 € Kosten pro Jahr ein 60%iger Ausgleich der diesen Betrag übersteigenden Kosten gewährleistet wird. Außerdem werden chronisch Kranke bestimmter Diagnosen, die in Disease Management-Programmen eingeschrieben sind, bei den Ausgleichszahlungen besondere berücksichtigt werden.⁵¹⁷ Diese Übergangslösungen sollen dann ab 2007 im Rahmen einer Neustrukturierung der Ausgleichsparameter mit stark morbiditätsorientierten Inhalten abgelöst werden. Experten warnen bereits jetzt davor, dass aufgrund dieser Regelungen zukünftig mehr als 50% des gesamten Ausgabevolumens der GKV über den RSA umverteilt werden könnten.⁵¹⁸ Zugleich bedeutet die Umverteilung dieser Geldmengen aber nicht automatisch, dass es bei den Empfängern auch zu günstigeren Beitragssätzen kommen wird. So kam es im Rahmen der Einführung des RSA zwar flächendeckend zu Beitragssatzsteigerungen bei den Zahlerkassen aber kaum zu Beitragssatzsenkungen bei den Empfänger-kassen. Die Beitragssatzangleichung kam also im Wesentlichen durch Beitragssatzsteigerungen der Zahlerkassen zustande.⁵¹⁹

Ähnliches ist bei den jetzt geplanten Veränderungen zu befürchten, wenn noch wesentlich mehr Geld umverteilt wird. Vor allem die Verbindung von Disease Management-Programmen mit dem Risikostrukturausgleich erzeugt bei den derzeitigen Rahmenbedingungen eine bedenkliche Anreizsystematik für die Marktteilnehmer. Es lohnt sich demnach die Morbidität der Versicherten zu betonen, da dieses zu höheren Ausgleichszahlungen führt. Die Manipulationsanfälligkeit und der dadurch bedingte große Kontrollaufwand wird deshalb auch als einer der entscheidenden Schwachstellen des Gesetzes bezeichnet.⁵²⁰

Kritisch ist auch der geplante Hochrisikopool zu sehen. Sinnvoll wäre ein solcher Ausgleich für die wirklich teuren Versicherten deren Ausgaben zudem nicht über ein entsprechendes Leistungsmanagement zu steuern sind. Erfahrungen haben

⁵¹⁶ Vgl. Salfeld, Wettke (2001) S. 48

⁵¹⁷ Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV (2002)

⁵¹⁸ Vgl. Schönbach (2001) S. 311

⁵¹⁹ Vgl. Schulz, Kifmann, Breyer (2001) S. 2

⁵²⁰ Vgl. Straub (2001) S. 121 f.

gezeigt, dass es sich dabei jeweils um eine sehr kleine Patientengruppe handelt, die im Promillebereich eines jeden Versichertenkollektivs liegt. Für diese Versicherten wäre ein Ausgleich über einen Risikopool angebracht, so dass die aktuelle Grenze von 20.000 € pro Jahr als zu niedrig anzusehen ist. Eine Untersuchung der CSS-Versicherung in der Schweiz unterstreicht diese Überlegung: Demnach verursachten lediglich 0,1 Promille einer Stichprobe Kosten oberhalb von 100.000 SFR. Zugleich entsprachen die identifizierten teuersten Versicherten aber überhaupt nicht den normalen Vorstellungen von teuren Risiken. Beispielsweise lag das Durchschnittsalter mit 48,8 Jahren auf der gleichen Höhe wie das des gesamten Versichertenklientels (48,4 Jahre) und das Verhältnis von Männern zu Frauen war sogar wider Erwarten 2:1.⁵²¹ Eine direkte Folge aus dieser Konstellation war, dass die Krankenversicherer für diese wenigen sehr teuren Versicherten, sogar noch Geld in den RSA einzahlen mussten! Aus Sicht der Parameter des RSA handelte es sich nämlich eigentlich um überdurchschnittlich gute Risiken. Aber auch aus ethischer Sicht muss davon ausgegangen werden, dass die Kostenträger bei entsprechenden Diagnosen (z.B. letzte Lebensphase) nur wenig Managementspielraum haben. Für solche Patienten erscheint dann auch ein Hochrisikopool gerechtfertigt. Setzt man die Grenze aber auf 20.000 € fest, so wird gerade bei den chronisch Kranken der Anreiz geweckt, die Bemühungen im Leistungsmanagement für diese Zielgruppe zurückzufahren, da 60% der die 20.000-€-Grenze übersteigenden Kosten über den RSA ausgeglichen werden.

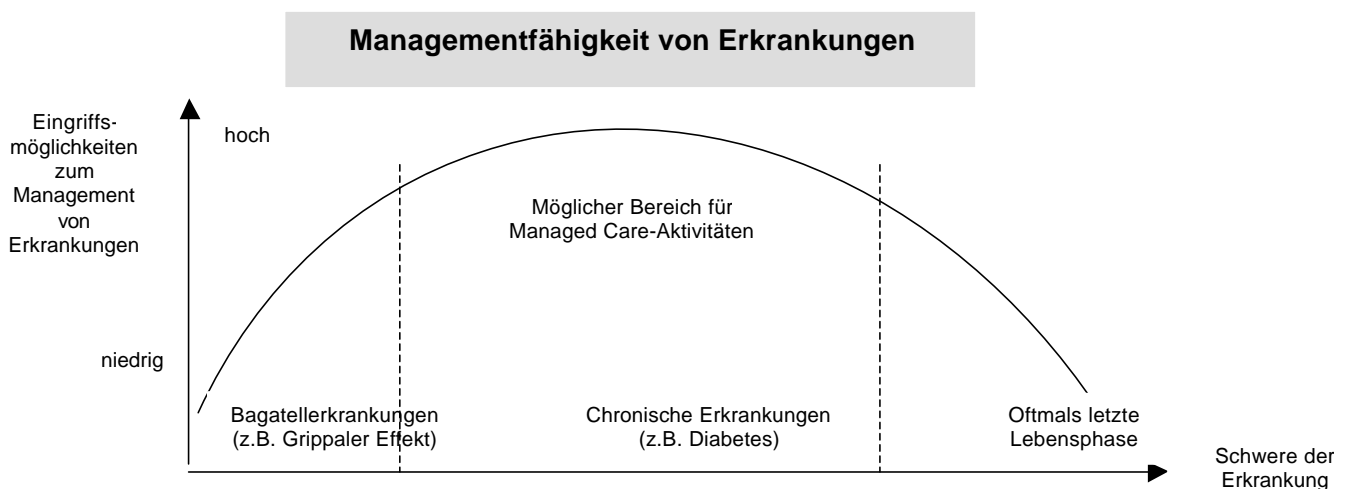


Abb. 40: Managementfähigkeit von Erkrankungen, Quelle: Eigene Darstellung

⁵²¹ Vgl. CSS Versicherung (1997) S. 20

Bezüglich des RSA gibt es mittlerweile genügend Hinweise, dass er zwar sehr kompliziert und umfangreich ist, aber die tatsächlichen Morbiditätsrisiken eher weniger trifft. Die jetzt angestrebte Lösung mit Hochrisikopool und der Verknüpfung des RSA mit Disease Management-Programmen ist eine sehr fragliche Lösung hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit und der Anreize, die sich daraus für die Marktteilnehmer ergeben. Aus diesem Grund sollte kurzfristig auf die in der Schweiz angestellten Überlegungen zur Integration des letzten Lebensjahres sowie der stationären Behandlung im Vorjahr als zusätzliche RSA-Parameter zurückgegriffen werden. Die Bedeutung des letzten Lebensjahres für die Kosten im Gesundheitswesen konnten bereits im Rahmen der Diskussion um die demografische Entwicklung in Deutschland gezeigt werden. Aber auch Personen, die im Vorjahr stationär behandelt wurden, sind im Folgejahr noch bis zu sieben mal teurer als Versicherte ohne Krankenhausaufenthalt im Vorjahr.⁵²² Beide Faktoren würden den Anforderungen an den RSA zunächst vollkommen genügen und vor allem sind sie greifbar und transparent. Ein reiner Kostenausgleich könnte dadurch verhindert werden, indem nicht die wirklichen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes ausgeglichen werden, sondern nur die Tatsache, dass der Versicherte im Krankenhaus war.

Es sind also zusätzliche Versichertencluster bezüglich des Faktors stationäre Versorgung zu bilden und in einer weiteren (isolierten) Gruppe werden die verstorbenen Versicherten eines Jahres zusammengefasst. Für die wirklichen Großrisiken (die Grenze könnte bei 50.000 € Kosten pro Jahr liegen) ist darüber hinaus ein Großteil der entstandenen Kosten über einen Risikopool zu finanzieren, damit nicht wenige teure Risiken (mit nicht-managementfähigen Diagnosen) die Finanzierungsstruktur einer Krankenkasse aus dem Lot bringen können.

⁵²² Vgl. CSS Versicherung (1997) S. 20 ff.

5.1.5. Disease Management-Programmen für wichtige chronische Erkrankungen

Bezüglich der Einführung der Disease Management-Programme befindet sich die GKV derzeit in einem Dilemma. So ist klar, dass es sich beim Disease Management bezogen auf die Behandlungsprozesse sicherlich um das umfassendste Managed Care-Instrument handelt. Andererseits wurde festgestellt, dass eine Einführung von Disease Management-Programmen unter den jetzigen Rahmenbedingungen das GKV-System überfordern werden und dadurch auch der Erfolg der Programme zumindest zweifelhaft wird.

Erst nach der Umsetzung der in dieser Arbeit vorgestellten Veränderungen in den Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme ist eine erfolgreiche Implementierung von Disease Management-Programmen in der GKV möglich. So besteht in den regionalen integrierten Leistungserbringerverbänden eine ganzheitliche Versorgungsverantwortung, die Kostenverschiebungen innerhalb der Sektoren uninteressant machen. Weiterhin sind die Ärzteteams im Rahmen einer modernen IT-Struktur miteinander vernetzt und entsprechende Anreizsysteme für die Marktteilnehmer unterstützen die Ganzheitlichkeit und Effektivität der Behandlung. Darüber hinaus erleichtern die Gatekeepingsysteme die Steuerungsmöglichkeit der Behandlung, da Parallelbehandlungen hierüber praktisch ausgeschlossen werden. Insgesamt besteht damit eine erheblich höhere Chance das sehr komplexe und komplizierte Instrument des Disease Management erfolgreich im GKV-System zu implementieren.

Allerdings werden die kleinen, regionalen Ärzteverbände aufgrund der hohen Investitionskosten nicht in der Lage sein, umfassende Disease Management-Programme zu entwickeln. Abgesehen davon wäre die entstehende Vielfalt der Programme auch nicht dazu geeignet, um eine auf hohem wissenschaftlichem Stand stehende Behandlungskontinuität der Patienten sicherzustellen. Beim Disease Management handelt es sich um die Definition gesamter Behandlungskonzepte für chronische Krankheitsbilder von der Prävention bis zur Rehabilitation. Aufgrund der Komplexität sollte deshalb die bisherige Vorgehensweise weitergeführt werden und die wesentlichen medizinischen Behandlungs- und Outcomeparameter für das GKV-System einheitlich gestaltet werden. Hierzu arbeiten die

verschiedenen Leistungserbringerverbände sowie die Krankenkassen (z.B. im Rahmen eines dann erweiterten Koordinierungsausschusses) die wesentlichen Inhalte der Disease Management-Programme gemeinsam aus. Der Wettbewerb richtet sich also nicht auf die Entwicklung von Disease Management-Programmen (dieses erfolgt einheitlich für das gesamte GKV-System), sondern auf eine erfolgreiche Umsetzung der Programme in den einzelnen Netzen. Entscheidend für die Leistungserbringerverbände wird es also u.a. sein, Verträge mit entsprechend guten und motivierten regional organisierten Leistungserbringernetzen abzuschließen, regionale Umsetzungskonzepte zu erarbeiten sowie eine entsprechende Infrastruktur als Umsetzungsvoraussetzung vorzuhalten.

Demnach werden die Disease Management-Programme auch tatsächlich als Total-Quality-Management-Konzept zur Verbesserung der ärztlichen Behandlungspraxis eingesetzt und nicht als Beitragsumverteilungsinstrument für Krankenkassen. Die Leistungserbringerverbände als auch die Krankenkassen können dabei mit einer langfristig höheren Qualität und ggf. niedrigeren Kosten rechnen, was ihre Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der Konkurrenz erhöhen wird.

5.1.6. Zusammenfassung: Die Struktur des zukünftigen GKV-Systems

Die Neukonzeption der Wettbewerbsstrukturen für das GKV-System werden im folgenden nochmals auf die wichtigsten Punkte hin zusammengefasst:

- Wettbewerbssituationen für die Marktteilnehmer:
Krankenkassen und Leistungserbringerverbände befinden sich zukünftig in Konkurrenzsituationen. Neben den bisherigen Konkurrenzsituationen zwischen den Krankenkassen durch das Wahlrecht der Versicherten wird dieser Wettbewerb ausgedehnt: Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigung wird aufgehoben und der bisherige (Preis-)Wettbewerb der Krankenkassen durch Gestaltungsmöglichkeiten auf der Produktebene (Alternative Versorgungsmodelle mit dem Anreiz der Beitragssatzreduktion für Versicherte) wesentlich erweitert. So werden zukünftig Versorgungsverträge selektiv zwischen Leistungserbringerverbänden und Krankenkassen abgeschlossen.

Dadurch entstehen ebenfalls Wettbewerbssituationen zwischen den Leistungserbringerverbänden. Die Verhandlungspartner verfügen dabei über eine etwa gleich große Marktmacht, da eine Oligopolösung angestrebt wird (wenige Krankenkassen mit wenigen Leistungserbringerverbänden)

- Alternativen für Versicherte:

Die Forderung nach Alternativen für Versicherte wird in mehrfacher Hinsicht erfüllt. Einerseits können Versicherte nach wie vor zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen, allerdings bestehen zukünftig darüber hinaus auch tatsächliche Unterschiede in deren Produktangeboten. Versicherte können sich z.B. für verschiedene Selbstbeteiligungstarife oder für alternative Versorgungsmodelle entscheiden.

- Steigerung der Transparenz für die Marktteilnehmer:

Hierbei handelt es sich um einen der wesentlichsten Punkte des Konzeptes mit dem Ziel die bisher bestehenden Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen möglichst einzudämmen. Leistungserbringerverbände werden zukünftig stärker gezwungen sein die Effizienz ihres Tuns gegenüber den Kostenträgern zu dokumentieren, da sie in Konkurrenz zu anderen Verbänden um Versorgungsverträge stehen. Zugleich bedeutet die Transparenz über Kennzahlen von Qualitätssicherungssystemen aber auch für die Versicherten eine erheblich höhere Entscheidungssicherheit, wenn es um die Beurteilung von Leistungserbringergruppen, Krankenhäusern oder Versicherungsprodukten geht. Weiterhin erhalten die Mitglieder der Krankenkassen zukünftig regelmäßige Informationen über die in Anspruch genommenen Leistungen und den dafür angefallenen Kosten. Die Transparenz der Behandlungsprozesse innerhalb der Leistungserbringer wird durch deren Vernetzung, in Verbindung mit der Einführung einer elektronischen Patientenakte für die Versicherten, verbessert. Als Basisarbeit zur Transparenzverbesserung gilt es darüber hinaus sämtliche medizinische Behandlungsverfahren kritischen Effektivitäts- und Effizienzmessungen zu unterziehen, damit gesicherte Aussagen auf den verschiedenen Ebenen der Leistungserstellung bezüglich bestimmten medizinischen Interventionen getroffen werden können.

- Anreizveränderungen für die Marktteilnehmer:

Durch die Neugestaltung des Vergütungssystems der Leistungserbringer mit stärkerer Berücksichtigung von pauschalen und ergebnisorientierten Vergü-

tungsformen, wird dem Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt, sowie, in Verbindung mit der Verkleinerung der Budgetteilnehmer⁵²³, der Hamsterradeffekt ausgeschaltet. Gleichzeitig wird, durch die Überarbeitung der Risikostrukturparameter, der Anreiz zur Risikoselektion für die Krankenkassen unattraktiv und die Bemühungen auf ein effizientes Vertragsmanagement verlagert.

- Integrierte Versorgungsnetze als freiwillige Option für die Leistungserbringer:
Ärzte schließen sich auf freiwilliger Basis zu regionalen Netzen zusammen (organisiert als IPOs) und übernehmen die Verantwortung für die gesamte medizinische Versorgung eines definierten Versichertenkollektivs. Hierzu werden sie über morbiditätsorientierte und sektorübergreifende Behandlungspauschalen vergütet. Der Anreiz für die Leistungserbringer liegt darin, dass sie bei Erreichen der vereinbarten Kosten- und Qualitätsziele einen Bonus erlangen können.
- Ganzheitlichkeit der Behandlung:
Durch die sektorübergreifenden Versorgungspauschalen, die die Netze erhalten, wird der Anreiz zur Optimierung innerhalb von Sektoren aufgehoben und es erfolgt die Möglichkeit für eine ganzheitliche Sichtweise. Um diesen zu realisieren werden, neben den bereits integrierten Spezialisten, auch die nachgelagerten Bereiche über vertragliche Vereinbarungen an die Netze gebunden.
- Selbststeuernde Teams:
Die Teilnehmerzahl pro Netz ist auf 50 - 60 Ärzte (Allgemein- und Fachärzte) begrenzt. Durch diese übersichtliche Größe und die Vernetzung der Ärzte (elektronisch wie auch durch Qualitätssicherungsinstrumente) wird sich eine Selbststeuerung entwickeln, die Kontrollmechanismen von Kostenträgerseite weitestgehend überflüssig macht. Hierdurch erlangen Instrumente wie Utilization Review, - Management oder Leitlinien eine völlig neue Bedeutung, da sie nicht durch die Kostenträger zur Kontrolle implementiert werden, sondern von den Leistungserbringern größtenteils selbst entwickelt werden.

⁵²³ Budgetteilnehmer sind zukünftig die Ärzte eines Leistungserbringerverbandes. Da vier bis sechs solcher Verbände geplant sind, verkleinert sich auch die Zahl der Leistungserbringer pro Verband.

5.2. Die Neugestaltung des Systemrahmens

Bei der Neugestaltung des Systemrahmens geht es vor allem darum die Grenzen des Versorgungssystems der GKV, hinsichtlich der Finanzierungsgrundlagen, des versicherten Personenkreises und des Leistungsumfanges, festzulegen. Welche Einnahmen der Versicherten werden zur Finanzierung der GKV herangezogen und welche bleiben beitragsfrei? Für welchen Personenkreis soll das GKV-System zuständig sein und wer bleibt versicherungsfrei? Welche Leistungen sollen durch das GKV-System zukünftig abgedeckt werden und welche fallen z.B. in die Eigenverantwortung der Versicherten? Basis für diese Überlegungen sind auch hier wieder die in der SWOT-Analyse festgestellten strategischen Erfolgsfaktoren für das GKV-System:

1. Finanzierungsgrundlagen und der versicherte Personenkreis (s. hierzu Kap. 5.2.1): Veränderte Einkommens- und Arbeitsstrukturen der Versicherten, vor allem aber eine sinkende Lohnquote bei steigender Gewinnquote, der Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse, sowie eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit beeinflussen die Einnahmen der GKV negativ. Deshalb ist zu überprüfen inwieweit Lohn und Gehalt als überwiegende Basis für die Beiträge zur GKV langfristig ausreichen. Weiterhin ist zu prüfen inwieweit der versicherte Personenkreis verändert werden kann, um eine verbesserte Finanzsituation zu schaffen. Allerdings soll die GKV auf jeden Fall für einen Großteil der Bevölkerung als Pflichtversicherung konzipiert sein.
2. Die Gestaltung des Leistungskataloges (s. hierzu Kap. 5.2.2): Die GKV soll weiterhin die notwendigen und existenzbedrohenden medizinischen Leistungen bei begrenzter Selbstbeteiligung der Versicherten übernehmen. Dabei sind versicherungsfremde Leistungen auszugliedern sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in ein übergreifendes Gesamtkonzept einzugliedern.

5.2.1. Überlegungen zur Finanzierung der GKV

Wie aus Kap. 3.1 der Situationsanalyse hervorgeht, stützt sich die Finanzierung der GKV in ihren wesentlichen Punkten auf die Löhne und Gehälter der Mitglieder. Ebenfalls wurde gezeigt, dass diese Fokussierung für die zukünftige Beitragssituation ein Problem darstellen wird, da in den letzten Jahren die Grundlohnzuwächse der Mitglieder deutlich unterhalb der Zuwächse des Bruttoinlandsproduktes lagen.

Weitere Gründe für die anhaltende Finanzierungsschwäche der GKV lagen in der beständig hohen Arbeitslosigkeit und den Auswirkungen durch gesetzliche Eingriffe in die Beitragseinnahmen der Krankenkassen (z.B. Absenken der Beiträge von Arbeitslosengeldbeziehern zugunsten der Arbeitslosenversicherung). Da die hohe Arbeitslosigkeit extern bedingt ist und durch die GKV selbst nicht beeinflusst werden kann, findet sie in den weiteren Untersuchungen auch keine Berücksichtigung mehr. Bezüglich der Verschiebung von Beitragseinnahmen zu anderen Sozialversicherungsträgern kann nur empfohlen werden dieses in Zukunft zu unterlassen, da der GKV eine entsprechende Kompensation immer schwerer fallen wird. In den nächsten Abschnitten werden verschiedene, zurzeit diskutierte Alternativen, zur Stützung der GKV-Einnahmen untersucht.

5.2.1.1. Veränderungen der Beitragsbemessungsgrundlage

Im Rahmen der derzeitigen Finanzierung der GKV werden die Löhne und Gehälter jeweils nur bis zu einer bestimmten Höhe (Bemessungsgrenze) für die Beitragsberechnung herangezogen.⁵²⁴ Diese Systematik gilt allerdings auch für die anderen Sozialversicherungszweige, d.h. auch dort wird nur ein maximales beitragspflichtiges Einkommen bestimmt, von dem dann die Beiträge berechnet werden.⁵²⁵ Allerdings liegt die Höhe der Bemessungsgrenze in der GKV lediglich auf einem

⁵²⁴ Vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V

⁵²⁵ Bei den anderen Sozialversicherungsbereichen handelt es sich um die Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Niveau von 75% zur in der Rentenversicherung geltenden Grenze.⁵²⁶ Auf den ersten Blick erscheint es daher logisch die Beitragsbemessungsgrenzen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung anzugleichen. Bei genauerem Hinsehen bestehen jedoch in der Wirkung der Bemessungsgrenzen große Unterschiede. So ist der überwiegende Teil der Rentenversicherungsleistungen beitragsbezogen, d.h. höheren Beiträgen stehen auch höhere Leistungen gegenüber.⁵²⁷ In der GKV werden aber, mit Ausnahme des Krankengeldes, die Leistungen unabhängig von der Beitragshöhe erbracht und eine Erhöhung oder gar ein Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würde für die betroffenen Personenkreise im Wesentlichen nicht zu höheren Leistungen führen.⁵²⁸ Die Folge wäre, dass die Beiträge ihren ohnehin nur noch schwach ausgeprägten Versicherungscharakter weiter verlieren und sich immer stärker einer linearen Lohnsteuer nähern würden.⁵²⁹ Auch käme es zu einer noch stärkeren Konzentration der GKV-Einnahmen auf die Löhne und Gehälter der Mitglieder und damit zu einer Benachteiligung der Bezieher von Arbeitsentgelten gegenüber den Beziehern anderer Einkunftsarten.⁵³⁰ Zu Bedenken ist ferner, dass sich die Akzeptanz derer, die zurzeit ganz erheblich zur Finanzierung des Systems beitragen und für die die GKV nur eine Option darstellt, weiter abschwächen wird. Sofern ein ständig wachsender Teil des Einkommens nicht mehr zur freien Verfügung steht, sondern für die GKV aufgewendet werden muss, handelt es sich irgendwann auch um einen Eingriff in die Konsumentensouveränität.⁵³¹

Trotzdem muss konstatiert werden, dass das Vorhandensein einer Beitragsbemessungsgrenze prinzipiell einen Bruch im solidarischen Finanzierungssystem der GKV bedeutet. Denn mit steigenden Einnahmen (über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus) kommt es zu einer abnehmenden prozentualen Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen.

⁵²⁶ Die Grenze für die Renten- und Arbeitslosenversicherung betrug 2001 monatlich 4.500 €, dementsprechend lag sie für die Kranken- und Pflegeversicherung bei 3.375 €

⁵²⁷ Vgl. Klusen (1999) S. 281; SVRKAiG (1996) S. 55

⁵²⁸ Die Erhöhung der Bemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung würde eine monatliche Mehrbelastung von etwa 150 € (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) bedeuten; Vgl. Rebscher, Walzig (1998) S. 52

⁵²⁹ Vgl. Wille (1998) S. 248 f.

⁵³⁰ Vgl. SVRKAiG (1997) S. 55

⁵³¹ Vgl. Oberender, Fibelkorn (1997) S. 15

An Bedeutung gewinnt die Höhe der Bemessungsgrenze zusätzlich, weil sie im GKV-System zugleich auch die Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer darstellt. Höher verdienende Arbeitnehmer können sich demnach auch alternativ bei einem privaten Unternehmen versichern.⁵³²

Unternimmt man auch hier einen Blick auf andere nationale Gesundheitssysteme, so findet man eine große Vielfalt an Möglichkeiten, wie mit Versicherungspflichtgrenzen und Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Systemen umgegangen wird. In Frankreich und Belgien gibt es z.B. keine Beitragsbemessungsgrenzen und auch keine Möglichkeiten für Besserverdienende sich in einer privaten Krankenversicherung zu versichern. In Holland liegt dagegen die Beitragsbemessungsgrenze und zugleich auch die Versicherungspflichtgrenze sehr viel niedriger als in der deutschen GKV. Allerdings besteht bei Überschreiten der Grenze für diese Personen auch die Pflicht sich privat zu versichern.⁵³³ Eine Wahlmöglichkeit für oder gegen eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung findet man allerdings in keinem anderen Staat.⁵³⁴

Im Rahmen der INIFES⁵³⁵-Studie berechneten S. Busch, A. Pfaff und C. Rindsfüßer die finanziellen Auswirkungen einer Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung. Die Angleichung der Grenzen würde in der vorgenommenen Studie zunächst einmal zu einer Erhöhung des versicherten Personenkreises der GKV um 0,88 Mio. Menschen führen (Mitglieder inklusive deren Familienversicherte) und zugleich auch Mehreinnahmen in Höhe von 6,6 Mrd. € jährlich bedeuten. Neben den zusätzlichen Einnahmen durch die „neuen“ Versicherten, sind auch zusätzliche Beitragseinnahmen von den bereits jetzt in der GKV versicherten Arbeitnehmern zu berücksichtigen, deren Beitragsbemessungsgrundlage angehoben wird. Im Gegenzug kommt es natürlich auch zu erhöhten Ausgaben, da die zusätzlich versicherten Personen Leistungen beziehen werden und den bereits jetzt versicherten Arbeitnehmern ein erhöhter Krankengeldanspruch zusteht. Diese Mehrausgaben belaufen sich auf etwa 1,5 Mrd. €. Insgesamt würde

⁵³² Vgl. Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 47

⁵³³ Die Privatversicherungen unterstützen die Pflichtversicherung in den Niederlanden über einen Risikoausgleich.

⁵³⁴ Vgl. Wille (1998) S. 247

⁵³⁵ Internationales Institut für empirische Sozialökonomie

diese Konstellation eine Beitragssatzsenkung von 0,67% ermöglichen (4,5 Mrd. € höherer Überschuss).⁵³⁶

Für die realistische Einordnung dieses Ergebnisses ist es allerdings zwingend notwendig Übergangszeiträume zu schaffen, wo den Betroffenen zeitlich beschränkte Wahlmöglichkeiten für oder gegen die GKV eingeräumt werden. Ohne diese Übergangszeiträume ist eine Umsetzung nicht wahrscheinlich, wofür alleine schon verfassungsrechtliche Gründe sprechen.⁵³⁷ Dadurch besteht natürlich die extreme Gefahr, dass viele tendenziell gute Risiken der GKV in diesem Übergangszeitraum den Weg in die PKV antreten werden und der Beitragssatzeffekt dementsprechend verwässert wird.⁵³⁸ Diese Entwicklungen wurden in den Berechnungen von S. Busch, A. Pfaff, C. Rindsfüßer nicht berücksichtigt. Würde allerdings nur die Hälfte der Betroffenen von einer Übergangsregelung (also der Abwanderung in die PKV) Gebrauch machen, so dürfte sich die Möglichkeit der Beitragssatzsenkung laut Sachverständigenrat auf ca. 0,4 % reduzieren.⁵³⁹ In der sogenannten PKV-Studie von 1995 geht J. Boetius sogar von einem möglichen negativen Effekt auf die Beitragssätze der GKV von bis zu 0,09% aus. Als Begründung nennt er ebenfalls Risikoselektion. D.h. in einer Übergangszeit werden sich tendenziell gute Risiken für die PKV entscheiden und die eher schlechten Risiken in der GKV verbleiben. Ferner geht er von einer höheren Abwanderungsquote im Übergangszeitraum aus (68%).⁵⁴⁰ Das diese Annahmen durchaus realistisch sein können, zeigen die hohen Abwanderungsbewegungen von freiwillig Versicherten aufgrund der starken Zuzahlungserhöhungen im Rahmen der Neuordnungsgesetze 1997.

Des Weiteren müssen die Auswirkungen auf die Honorare der Leistungserbringer durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze berücksichtigt werden. Deren Einnahmen durch Privatliquidationen stellen einen nicht zu vernachlässigenden Teil ihres Einkommens dar. Aber auch im Bereich der Förderung medizinisch-technischer Innovationen ist der Finanzierungsbeitrag der

⁵³⁶ Vgl. Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 46 ff.

⁵³⁷ Vgl. Wille (1998) S. 246

⁵³⁸ Vgl. Klusen (1999) S. 278 f.

⁵³⁹ Vgl. SVRKAiG (1997) S. 55

⁵⁴⁰ Vgl. Boetius (1998) S. 29 f.

PKV-Versicherten enorm wichtig. So ist die PKV heute in einigen teuren Spezialgebieten bei etwa 10% Patientenanteil für mehr als 30% des anfallenden Leistungsvolumens verantwortlich.⁵⁴¹

Da durch eine Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der PKV Versicherte zugunsten der GKV verloren gehen würden, käme es zu Einnahmeminderungen bei den Leistungserbringern. Deren Einkommen setzt sich zurzeit aber aus einer Mischkalkulation zusammen (gesetzliche und private Patienten) und im Falle der Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze müsste deshalb über eine Erhöhung der Leistungserbringertarife in der GKV nachgedacht werden. Zu den bisher errechneten Veränderungen in den Ein- und Ausgaben der GKV würde diese finanzielle Belastung also noch hinzu kommen.

Insgesamt überwiegen die Nachteile einer Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze deutlich und im Rahmen dieser Arbeit wird auf eine Angleichung der Grenzen verzichtet.⁵⁴²

5.3.1.2. Veränderungen der beitragspflichtigen Entgelte

Durch die immer geringere Bedeutung von Lohn und Gehalt in Bezug auf das gesamte Haushaltseinkommen der GKV-Versicherten würde es ferner nahe liegen, die beitragspflichtigen Entgelte auf weitere Einkommensarten (z.B. analog der Einkommensteuerpflicht) zu erweitern. So zeigt auch J. Boetius, dass für die Gruppe der Arbeitnehmer der Anteil des Einkommens aus Vermögen am Gesamteinkommen in der Zeit von 1963 bis 1993 um das 2,8fache bzw. 2,5fache gestiegen ist, während der Anteil aus unselbstständiger Arbeit gesunken ist. Es sei demnach folgerichtig neben den Arbeitsentgelten die Vermögenseinkommen bei

⁵⁴¹ Leistungserbringer rechnen für die Behandlung privat versicherter Patienten einen wesentlich höheren Satz (Steigerungsfaktor) ab. Dieser liegt, gegenüber GKV-Versicherten, in der Regel beim 1,8 bis 2,3fachen.

⁵⁴² Die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt befürwortet allerdings die Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung auf das Niveau der Rentenversicherung. Entsprechende Veränderungen sind demzufolge auch im Wahlprogramm der SPD 2002 - 2006 enthalten.

der Bemessung der GKV-Beiträge zu berücksichtigen.⁵⁴³ Analog der Ergebnisse zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze besteht aber auch hier die Gefahr eines starken Akzeptanzverlustes bei den Versicherten, da den zusätzlichen Beiträgen keine zusätzlichen Leistungen gegenüberstehen würden. Für die Personen, die durch die geänderte Bemessungsgrundlage jetzt über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, besteht außerdem die Gefahr eines Wechsels in die PKV. Ebenfalls stellen sich Fragen zur Erhebung der Beiträge. Ein Beitragseinzug über den Arbeitgeber, so wie es bisher üblich ist, scheint dann nicht mehr möglich zu sein. Alternativ könnten die Beiträge als Abschlagszahlung erhoben werden und erst später endgültig festgesetzt werden.⁵⁴⁴

Trotz dieser bestehenden Probleme führt eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage generell zu einer stärkeren Orientierung an der individuellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen, weil nicht mehr ausschließlich die Arbeitsentgelte für die Beitragsberechnung herangezogen werden. Weiterhin könnte die Abhängigkeit der GKV von konjunkturellen Schwankungen gemindert werden. Hinsichtlich der in der Istanalyse aufgezeigten demografischen Entwicklung scheint dieses für die langfristige Stabilisierung der GKV-Einnahmen auch eine notwendige Maßnahme zu sein.⁵⁴⁵ Demzufolge soll zukünftig auch eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch die Aufnahme von Kapitaleinkünften sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung in die Beitragspflicht erfolgen.

5.2.1.3. Veränderungen des versicherten Personenkreises

In der GKV werden bestimmte Personenkreise von der Versicherungspflicht ausgeschlossen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Beschäftigte mit Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige und Beamte. Für diese Personengruppen besteht in der GKV aber eine (europaweit einzigartige) Optionsmöglichkeit sich freiwillig der GKV anzuschließen. Diese Entschei-

⁵⁴³ Vgl. ebenda S. 28; Dieser Entwicklung wurde in der Lohnsteuerpolitik bereits Rechnung getragen, indem die Besteuerung von Zinseinkünften gesetzlich neu geregelt wurde.

⁵⁴⁴ Vgl. Rebscher, Walzig (1998) S. 55 f.

⁵⁴⁵ Vgl. Cassel (1998) S. 211

dungsfreiheit bedeutet für die GKV eine ungünstige Risikoselektion, da in der Regel eine Abwägung der Versicherten ausschließlich nach wirtschaftlichem Kalkül vorgenommen wird (und nicht aus Solidaritätsgründen). Ältere Personen, Menschen mit Vorerkrankungen oder Familien mit Kindern entscheiden sich für die GKV, da für sie eine private Krankenversicherung finanziell nicht attraktiv ist.⁵⁴⁶ Tendenziell teure Versicherte bleiben also in der GKV, während die sogenannten „Nettozahler“ in die PKV abwandern.⁵⁴⁷ Aber auch umgekehrt war in der Vergangenheit eine große Wechselbereitschaft von „vormals“ günstigen Risiken zurück in die GKV zu verzeichnen.⁵⁴⁸ Diese Regelungen wurden zwar mittlerweile gesetzlich erschwert, trotzdem wechselten 1999 noch etwa 150.000 Personen von der PKV in die GKV und man kann sich vorstellen, dass es sich dabei nicht um die besten Risiken handelte.⁵⁴⁹

Zunächst werden auch hier die verschiedenen von S. Busch, A. Pfaff, C. Rindsfüßer berechneten Optionen bezüglich einer Ausdehnung des Personenkreises und Berücksichtigung verschiedener Beitragsbemessungsgrundlagen vorgestellt:

- Eingliederung der privat Krankenversicherten in die GKV (also Ausdehnung der GKV-Pflichtversicherung auf fast die gesamte Bevölkerung): Es würde sich hierbei um etwa 7 Mio. Versicherte handeln, die zusätzlich in die GKV integriert würden. Demzufolge wären dann alle Arbeitnehmer sowie die Beamten und Selbstständigen in der GKV versichert. Dieses wäre aus Gerechtigkeitsgründen sicherlich nachvollziehbar, da neben den besser verdienenden Angestellten doch gerade die Staatsbeschäftigten sich einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen anschließen sollten.⁵⁵⁰ Statt einer Beihilfezahlung würden die Beamten von ihrem Dienstherrn einen Anteil zum Sozialversicherungsbeitrag erhalten. Für die GKV stellt sich allerdings die

⁵⁴⁶ Vgl. Rebscher, Walzig (1998) S. 53

⁵⁴⁷ Vgl. Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 48

⁵⁴⁸ Typisches Ereignis ist hier die Familiengründung. D.h. vormals Ledige, die somit in der PKV einen günstigen Tarif erhielten, mussten nach der Familiengründung Ehepartner und Kind extra versichern, was zu extrem höheren Beiträgen in der PKV führen würde. In der GKV sind Familienangehörige kostenfrei mitversichert.

⁵⁴⁹ Vgl. VDAK (2001) S. 36

⁵⁵⁰ Vgl. Rebscher, Walzig (1998) S. 48

Frage, ob diese Einbeziehung tatsächlich zu positiven Finanzierungseffekten führen würde. Sicherlich würde der Personenkreis der GKV ausgedehnt und damit auch das Beitragseinkommen erhöht. Auf der anderen Seite würden die zusätzlichen Versicherten aber auch Leistungen in Anspruch nehmen und gerade bei den Beamten würde dieses eher zu negativen Effekten für die GKV führen, da Beamte die Personengruppe mit den höchsten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten sind und somit in der GKV wahrscheinlich eher Nettoempfänger wären.⁵⁵¹ Insgesamt käme es in diesem Modell nach S. Busch, A. Pfaff, C. Rindsfüßer zu 14,9 Mrd. € Mehreinnahmen und 10,5 Mrd. € Mehrausgaben. Der Saldo von 4,4 Mrd. € würde aber lediglich zu einem positiven Beitragssatzeffekt in Höhe von 0,54% führen. Auch der Sachverständigenrat sieht von einer gesetzlichen Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung inklusive der Beamten ab, da diese Regelung finanziell für die GKV kaum ergiebig wäre. Anhand empirischer Berechnungen für das Jahr 1994 kommt er zu einem positiven Beitragssatzeffekt von lediglich 0,18%.⁵⁵²

- Wegfall der Versicherungspflichtgrenze bei gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitnehmer auf das Niveau der Rentenversicherung:

Sinnvoller erscheint daher zunächst die Ausweitung des Personenkreises der GKV auf die besser verdienenden Arbeitnehmer zu beschränken. Damit einhergehen würde die komplette Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze, was dann die Aufnahme aller Arbeitnehmer in die GKV zur Folge hätte. Allerdings ist bei den Berechnungen zu beachten, dass gleichzeitig auch eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung vorgenommen wurde. Ferner werden auch die möglichen Wechsler in die PKV während eines Übergangszeitraumes nicht berücksichtigt. Insgesamt führt diese Konstellation zu 1,23 Mio. zusätzlichen Versicherten in der GKV und 8,2 Mrd. € an Mehreinnahmen. Die Ausgaben für die zusätzlich Versicherten belaufen sich auf 2,1 Mrd. € was insgesamt eine Beitragssatzreduzierung um 0,79% bedeuten würde, die durch den zusätzlichen Überschuss von 6,1 Mrd. € zustande käme.

⁵⁵¹ Vgl. Rebscher, Walzig (1998) S. 49

⁵⁵² Vgl. SVRKAiG (1997) S. 56

- Eingliederung der privat krankenversicherten Arbeitnehmer in die GKV und kompletter Wegfall der Beitragsbemessungsgrundlage: In diesem Fall würden die Löhne und Gehälter aller Arbeitnehmer in voller Höhe zur Berechnung der Beiträge herangezogen werden. Der Personenkreis ist der gleiche wie im Beispiel zuvor. Es käme hier durch die komplette Beitragspflicht der Löhne und Gehälter allerdings zu erheblich höheren Einnahmen. Konkret würden 29,2 Mrd. € an Mehreinnahmen anfallen, während der zusätzliche Personenkreis und die höheren Krankengeldansprüche etwa 16,4 Mrd. € an zusätzlichen Ausgaben verursachen würden. Im Ergebnis käme es zu einem positiven Beitragssatzeffekt von 1,37%.
- Eingliederung der privat Krankenversicherten in die GKV und Berücksichtigung des gesamten Volkseinkommens für die Beitragsberechnung: Die extremste Lösung stellt die Ausdehnung der GKV auf den Personenkreis wie in Beispiel 1 dar, allerdings bei gleichzeitiger Berücksichtigung des gesamten zur Verfügung stehenden Einkommens für die Beitragsberechnung. Hier werden also neben Lohn und Gehalt auch die Einkommen aus Vermietung, Kapital, etc. für die Beitragsberechnung berücksichtigt, was zu Mehreinnahmen von 52,7 Mrd. € führen würde. Dem gegenüber stünden Mehrausgaben von 19 Mrd. €. Der Überschuss von knapp 32,8 Mrd. € hätte einen Beitragssatzeffekt von 2,76%.

Insgesamt müssen die Berechnungen der zuletzt genannten vier Beispiele aber als eher theoretisch eingestuft werden, mit wenig realistischen Umsetzungschancen. Denn das Vorhandensein einer Versicherungspflichtgrenze wird als Friedensgrenze zwischen GKV und PKV im Sinne einer pluralistischen Gesellschaft und der damit verbundenen Koexistenz verschiedener Versicherungssysteme im deutschen Gesundheitssystem allgemein und auch gesetzlich anerkannt.⁵⁵³

Auch wenn Gerechtigkeitsgründe vor allem für die Integration aller Versicherter in die GKV sprechen, ist dieses zurzeit nicht umsetzbar.

⁵⁵³ Vgl. SVRKAig (1997) S. 56; Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 47

Trotzdem ist vor allem die Optionsmöglichkeit für Besserverdienende, die zwischen GKV und PKV wählen können, für das GKV-System sehr bedenklich. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass die von privat versicherten Personen gebildeten Altersrückstellungen in der PKV bei einem Rückwechsel in die GKV übertragen werden können. Für den Versicherten würden diese gebildeten Rückstellungen ansonsten verfallen und im PKV-System verbleiben, ohne dass zukünftig nochmals Leistungsansprüche für diese Versicherten geltend gemacht werden. Das Solidarsystem der GKV würde aber durch die Rückstellungen gestützt, da sich der Versicherte ja bisher nicht am solidarischen Ausgleich der GKV beteiligt hat. Unzufriedene Kunden der PKV hätten durch diese Regelung tatsächlich noch einmal die Chance in die GKV zurück zu wechseln.⁵⁵⁴

Im Rahmen der Veränderung des versicherten Personenkreises in der GKV wird zurzeit auch die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen sehr kontrovers diskutiert. Etwa 20 Mio. Versicherte sind derzeit als Familienangehörige beitragsfrei bei einem Mitglied versichert⁵⁵⁵, was einem Leistungsvolumen von etwa 60 Mrd. € entspricht. Mit dieser Leistung wird auch eine der umfassendsten Maßnahmen zum Familienlastenausgleich in Deutschland umgesetzt.⁵⁵⁶

In der geführten Diskussion steht die beitragsfreie Mitversicherung von minderjährigen Kindern zwar sozialpolitisch außer Frage,⁵⁵⁷ allerdings ist der Standpunkt nachzuvollziehen, wenn von einer ungleichen Behandlung und Benachteiligung von Doppelverdienern ohne Kinder (zahlen doppelte Beiträge) gegenüber Haushalten mit nur einem Verdiener (Ehepartner ist kostenfrei mitversichert) gesprochen wird. Interessant erscheint hier das vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Splittingverfahren: Demnach bezieht sich die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung nur auf den nicht berufstätigen Ehepartner, der keine Kinder erzieht und keine Pflegedienste leistet. Durch ein Splittingverfahren greift die zusätzliche Beitragsbelastung auch nur, wenn das Arbeitsentgelt des Ehepartners bzw. des Mitglieds über der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

⁵⁵⁴ Vgl. Klusen S. 280 f.

⁵⁵⁵ Vgl. BMG KM1 (2002)

⁵⁵⁶ Vgl. Beske (1996) S. 58 f.

⁵⁵⁷ Vgl. Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 78; Cassel (1998) S. 212 f.

Andernfalls kommt es nicht zu höheren Beiträgen, denn das Mitglied zahlt lediglich zweimal die Hälfte des derzeitigen Beitrags.⁵⁵⁸

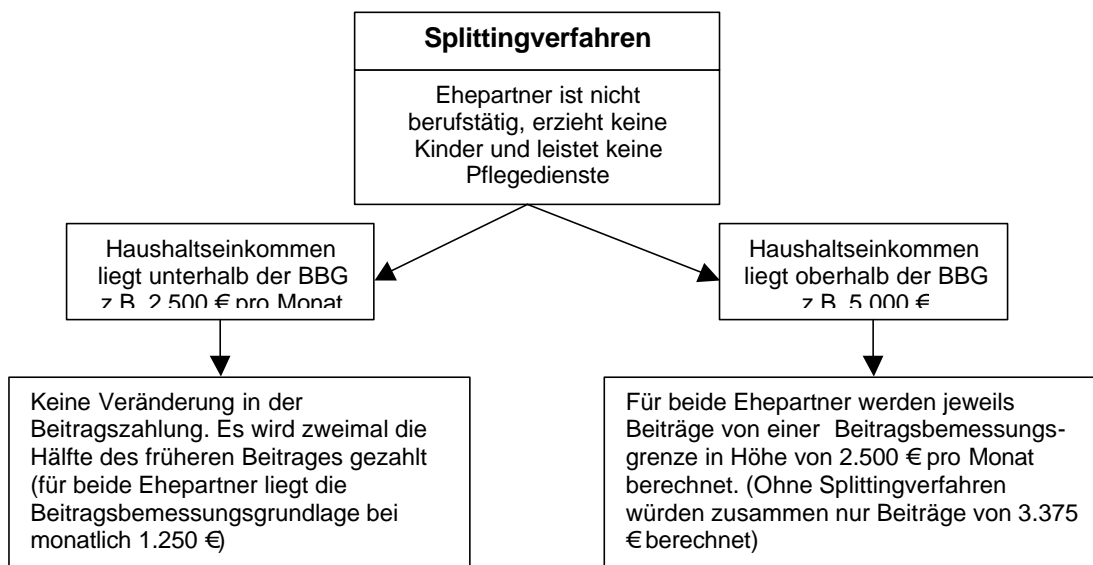


Abb. 41: Splittingverfahren zur Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern, Quelle: SVR (1997) S. 56

5.2.2. Überlegungen zum Leistungskatalog der GKV

5.2.2.1. Grund- und Wahlleistungen

Die Diskussion um eine Einschränkung des Leistungskataloges wird bereits seit Jahren sehr kontrovers geführt. Vor allem die Überlegungen zu einer Gliederung des Leistungskataloges in Grund- und Wahlleistungen sind derzeit sehr aktuell. Im Rahmen dieser Überlegungen tritt aber immer wieder das gleiche Problem auf, nämlich die Kriterienauswahl nach denen die Grund- und Wahlleistungen bestimmt werden bzw. Leistungen gänzlich gestrichen werden sollen. In der Politik wird relativ allgemein von den medizinisch notwendigen und erforderlichen Leistungen gesprochen, die nach wie vor im Leistungskatalog der GKV verbleiben sollen. Es wurde aber bereits bei der Erarbeitung der Benchmarkparameter zur Beurteilung der Stärken und Schwächen der GKV gezeigt, dass eine Konzentration

⁵⁵⁸ Vgl. SVRKaiG (1997) S. 56 f.

on auf das medizinisch Notwendige schon jetzt gesetzlich vorgeschrieben ist.⁵⁵⁹ Hinzu kommt, dass in den Systemen der Nachbarstaaten Niederlande und Schweiz, wo in den vergangenen Jahren eine Aufspaltung in Grund- und Zusatzleistungen erfolgte, der Leistungsumfang immer noch auf einem sehr hohen Niveau liegt und mit dem der GKV vergleichbar ist.⁵⁶⁰

Aus den Berechnungen von F. Beske, der bisher als einer der wenigen konkrete Vorschläge für eine Differenzierung in Regel-, Satzungs- und Wahlleistungen vorgenommen hat, geht hervor, dass bei vollständiger Umsetzung seines Vorschlages ein durchschnittlicher Beitragssatz von 11,6% möglich wäre. Die ermittelten Einsparvolumina bzw. zusätzlichen Einnahmen beruhen allerdings zu einem großen Teil auf einer Höherbesteuerung von Tabak und Alkohol sowie höheren Selbstbeteiligungen der Versicherten.⁵⁶¹

Der Vorsitzende des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen Jung befürwortet zwar ebenfalls die Untergliederung in Kern- und Wahlleistungen, bemängelt aber zugleich die derzeit fehlende Konkretisierung anhand von Vorschlägen. Weiterhin weist er zumindest darauf hin, dass eine solche Untergliederung für sich kein Allheilmittel zur Rettung der sozialen Krankenversicherung sein kann, sondern nur ein Mosaikstein im Rahmen einer umfassenden Reform. Denn das allein über die Diskussion um den Leistungskatalog zu erreichende Einsparvolumen wird durchweg überschätzt und bei realistischer Betrachtung ist es bezogen auf die heutigen Gesamtausgaben eher gering. Nicht zu unterschätzen seien aber die psychologischen Signalwirkungen, die mit einer Veränderung des Leistungskataloges einhergehen würden.⁵⁶²

Neben den noch zu behandelnden versicherungsfremden Leistungen werden in seinem Modell die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation, Zahnersatz, Kieferorthopädie für Erwachsene, nicht gutachterpflichtige Psychotherapie,

⁵⁵⁹ § 1 SGB V spricht von den „medizinisch notwendigen Leistungen“ die zur Verfügung gestellt werden müssen.

⁵⁶⁰ In der Schweiz ist die Zahnbehandlung und die Zahnersatzleistung als einziger größerer Leistungsbereich nicht in der Grundversicherung enthalten. Darüber hinaus wird das Krankengeld über eine freiwillige gesonderte Versicherung geregelt (Tagegeldversicherung). In den Niederlanden gibt es fast gar keine Unterschiede zum Leistungskatalog der GKV; Vgl. SVRKAiG (1997) S. 61

⁵⁶¹ 5,9 Mrd. € durch Höherbesteuerung von Tabak und Alkohol und 2,3 Mrd. € durch die Erhöhung bzw. Einführung von Selbstbeteiligungen. Insgesamt betragen die Einsparungen bzw. Mehreinnahmen 9,9 Mrd. €; Vgl. Beske (2001) S. 33

⁵⁶² Vgl. Jung (2001) S. 116 f.

ausgewählte Leistungen aus den Bereichen Heilmittel, Hilfsmittel, Arzneimittel, Fahrkosten (soweit die Leistungen nicht zu den Kernleistungen gehören), Schönheitsoperationen und Mittel zur Gewichtsreduktion aus dem Kernleistungskatalog ausgegliedert.⁵⁶³ Im Wesentlichen handelt es sich bei den dargestellten Leistungen aber nur um sehr marginale Bereiche der GKV, die auch im jetzigen System bereits einer strengen Indikationsprüfung unterliegen.⁵⁶⁴ Lediglich die „Privatisierung“ des Zahnersatzes stellt einen Leistungsbereich mit wirkungsvollem finanziellen Umfang dar und wird auch im Rahmen dieser Arbeit aufgegriffen.

Um tatsächlich finanzielle Wirkungen durch eine Unterteilung in Kern- und Wahlleistungen zu erreichen, müssten zwingend Teile der Hauptleistungsbereiche (also der ärztlichen und stationären Behandlung oder der Arzneimittelversorgung) aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Da dieses weder realistisch noch gerechtfertigt erscheint, ist auch eine grundsätzliche Unterteilung in Grund- und Wahlleistungen nicht möglich.

Spätestens nach dieser Feststellung man wieder bei dem bereits mehrfach genannten Grundsatz der GKV angelangt, nach dem die Leistungen wirtschaftlich erbracht, angemessen und auf das medizinisch Notwendige begrenzt sein sollen. Die operative Umsetzung und individuelle Entscheidung zur Erbringung einer solchen Behandlung am Patienten wird dabei auch weiterhin immer im Verhältnis Patient/Arzt zu treffen sein.

Diskussionen zur Bestimmung einer wirtschaftlichen und medizinisch notwendigen Behandlung werden demzufolge auch im Rahmen der Gestaltung der systeminternen Wettbewerbsstrukturen und Anreize geführt und können nicht über den Systemrahmen gelöst werden. Erst wenn das System effizient arbeitet, d.h. effektive Behandlungsverfahren in individuell induzierten Fällen angewandt werden, bei der Auswahl zwischen verschiedenen effektiven Behandlungsverfahren auch die Kosten entsprechend berücksichtigt werden und das zur Verfügung stehende GKV-Budget trotzdem nicht ausreicht, ist über tatsächliche Rationierungen nachzudenken. Aber auch in einem solchen Fall geht es nicht um das Streichen kompletter Leistungsbereiche, sondern um das Herauslösen einzelner

⁵⁶³ Vgl. Jung (2001) S. 122 ff.

Behandlungsverfahren bei bestimmten Indikationen aus der GKV-Erstattungspflicht.⁵⁶⁵

Aufgrund dieser Ausführungen wird auf eine Unterteilung in Grund- und Wahlleistungen verzichtet. Trotzdem besteht aber die Notwendigkeit, den Leistungskatalog der GKV in seinen Randgebieten zu durchforsten und Leistungen, die offensichtlich nicht in den Bereich der GKV fallen, zu benennen und auf einen weiteren Verbleib zu überprüfen. Dieses wird in den nächsten beiden Kapiteln durchgeführt.

5.2.2.2. Versicherungsfremde Leistungen

Bei der Definition von Fremdleistungen wird in der vorliegenden Arbeit auf die Beschreibung von F. Beske Bezug genommen, wonach es sich um versicherungsfremde Leistungen handelt, wenn diese mit der primären Zielsetzung der GKV, nämlich der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall, nichts zu tun haben. Da die Leistungen aber politisch gewollt und auch sozial gerechtfertigt sind, hat der Gesetzgeber sie aus pragmatischen Gründen der GKV zur Finanzierung zugeteilt.⁵⁶⁶ Auch weitere Definitionen und Untersuchungen zu versicherungsfremden Leistungen kommen fast immer zu ähnlichen Randleistungen, wo der Zusammenhang zur GKV tatsächlich unklar ist.⁵⁶⁷ Sehr ausführlich hat sich z.B. auch P. Kostorz mit den versicherungsfremden Leistungen beschäftigt. Auch seine Ergebnisse stimmen im Wesentlichen mit denen der

⁵⁶⁴ Z.B. werden bereits heute die Kosten für Schönheitsoperationen nur dann von der GKV übernommen, wenn damit z.B. psychische Probleme einhergehen.

⁵⁶⁵ Erstmals wurde eine solche Rationierung in Oregon/USA umgesetzt. Das Experiment stellt den Versuch dar, auf der Basis ökonomischer Evaluationen den Leistungskatalog für eine Bevölkerung festzulegen. Es wurde dabei eine Liste mit Prioritäten in der Grundversicherung erarbeitet. Grundlage hierzu waren im Wesentlichen wissenschaftlich belegte Effektivitätsstudien, Kosten-Nutzwert-Vergleiche auf der Basis einer erweiterten Quality-of-Well-Being-Scale und gesellschaftliche Wertvorstellungen (diese wurden in Bürgerversammlungen erarbeitet). Dabei wurden Behandlungsformen nach dem CPT-4-Schlüssel codiert und Krankheiten nach dem ICD 9. Somit erhielt man eine Liste mit insgesamt 1.600 Diagnose/Therapie-Paaren, die nach ihrem jeweiligen Kosten-Nutzwert-Verhältnis gerankt wurden. In den Leistungskatalog der Krankenversicherungen wurden dann nur solange Diagnose/Therapie-Paare aufgenommen, wie Budget vorhanden war; Vgl. Güntert, Fozouni (2000) S. 559 ff.; Eine nach solchen Kriterien vorgenommene Rationierung stellt sicherlich eine ethischere Vorgehensweise als Rationierung über Einkommen (Stichwort Zwei-Klassen-Gesellschaft) oder über Wartelisten dar.

⁵⁶⁶ Vgl. Beske (2001) S. 107

⁵⁶⁷ Vgl. SVRKAiG (1997) S. 60; Oberender, Hebborn (1998) S. 143; Ehlers (1998) S. 157

anderen Experten überein.⁵⁶⁸ Im Prinzip sind sich die Gesundheitspolitiker aller Parteien über die Notwendigkeit des Ausschlusses der versicherungsfremden Leistungen aus der GKV einig.⁵⁶⁹ Da die Leistungen aber insgesamt volkswirtschaftlich gewollt sind und bei Ausschluss aus der GKV zu großen Teilen steuerfinanziert werden müssten, konnte sich weder die aktuelle Regierung (SPD, Bündnis 90/Die Grünen) noch die Vorgängerregierung (CDU, FDP) auf eine entsprechende „Gegenfinanzierung“ einigen. Im folgenden werden Leistungen aufgelistet, die im Rahmen der versicherungsfremden Leistungen aus der GKV ausgegliedert werden sollten. Bei den angegebenen Beträgen handelt es sich jeweils um die aktuellsten Ausgabenwerte, in der Regel aus dem Jahr 1999.

Art der Leistung	Ausgaben in Mio. €
§ 60 Fahrkosten	236,7
§ 38 Haushaltshilfe	273,5
§ 45 Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	93,7
§ 200 Mutterschafts- und Entbindungsgeld	679
§ 58 Sterbegeld	814,7
§ 27a Künstliche Befruchtung	k.A.
§ 23 Ambulante und stationäre Vorsorgekuren (mit Ausnahme der Anschlussheilbehandlungen und Nachsorgekuren)	515,4
§24+41 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter	422,8
§ 24 a+b Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	148,3
§ 37 Häusliche Krankenhilfe	7,3
Gesamt	3.191,4

Abb. 42 Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in der GKV, Quelle: BMG KJ1

⁵⁶⁸ Vgl. Kostorz (1998) S. 125 ff.

⁵⁶⁹ Vgl. Jung (2001) S. 115

Es handelt sich demnach um eine Gesamtsumme von etwa 3,2 Mrd. €, die aus dem System der GKV ausgegliedert werden könnte. Klar wird dadurch auch, dass durch die Ausgliederung dieser Leistungen keine langfristige Ausgabenstabilität für die GKV erreicht werden kann. Einerseits handelt es um einen, im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV, eher geringen Betrag und andererseits bedeutet die Ausgliederung auch nur ein einmaliges Absenken der Ausgaben. Effizienzgewinne werden ebenfalls nicht erzielt, da es sich um eine Verlagerung der Ausgaben (z.B. Steuerfinanzierung) handelt.

Da die klare Zurechenbarkeit der Leistungen zur GKV auch aus Sicht des Verfassers nicht gegeben ist, die Leistungen den Versicherten aber weiterhin zur Verfügung stehen sollen, könnte folgendes vereinbart werden: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen weiterhin die Leitungsabwicklung (Antragsentgegennahme, Bewilligung, Abrechnung), erhalten aber die entstandenen Kosten für diese Leistungen vom Bund rückvergütet. Dadurch würde das funktionierende System der Leistungsabwicklung über die Krankenkassen beibehalten, die entstehenden Kosten könnten aber aus der GKV herausgerechnet werden.

5.3.2.3. Leistungsansprüche aufgrund von Unfällen durch Risikosportarten

Neben den in der Tabelle aufgeführten Leistungen wird auch immer wieder der Ausschluss von Kostenübernahmen bei Unfällen infolge von Risikosportarten diskutiert.⁵⁷⁰ H. Firnkorn bezeichnet es „als Beispiel besonders provozierender Inanspruchnahme von solidarischem Versicherungsschutz“, wenn im Rahmen überdurchschnittlich unfallträchtiger Sportarten oder von Abenteuerreisen, für die von den einzelnen Versicherten privat hohe Summen aufgewendet werden, das Erkrankungsrisiko auf die Versichertengemeinschaft abgewälzt wird.⁵⁷¹ Dem Grunde nach ist diese Überlegung auch sicherlich richtig, nur stellt sich natürlich die Frage nach der Abgrenzung und der Definition der Begriffe Risikosportart und Abenteuerurlaub. Konsequenterweise müsste dann auch überlegt werden, ob die

⁵⁷⁰ Schwartz moniert, dass 6% der Gesamtkosten der GKV aufgrund von Unfällen ausgegeben werden, deren überwiegender Teil im privaten Bereich läge; Vgl. o.V. (2001e) Berliner Zeitung vom 30.07.2001

⁵⁷¹ Vgl. Firnkorn (1998) S. 231

Folgekosten, die durch Tabakkonsum und Alkohol⁵⁷² verursacht werden, noch weiterhin durch die GKV übernommen werden können. Tatsache ist, dass die praktische Umsetzbarkeit mit einem extrem hohen Verwaltungsaufwand verbunden wäre und sicherlich auch mit vielen gerichtlichen Klageverfahren. Aus diesen Gründen erscheint eine solche Vorgehensweise wegen fehlenden Praktikabilität nicht umsetzbar und wird nicht weiter verfolgt.

5.2.2.4. Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Querschnittsaufgabe

Im Rahmen der Analyse der Auswirkungen der demografischen Alterung auf die GKV, wurde von vielen Experten die notwendige Etablierung langfristiger und ganzheitlicher Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für die wichtigsten chronischen Krankheiten gefordert (s. Kapitel 3.1.1). K. Lauterbach führt diesbezüglich das Beispiel Finnland an, wo alleine durch strukturierte Präventionsprogramme innerhalb eines Zeitraumes von 20 Jahren die Anzahl neu eingetretener Herzinfarkte halbiert werden konnte. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass sich theoretisch rund 25 - 30% der heutigen Gesundheitsausgaben durch solche Programme vermeiden ließen.⁵⁷³

Die Einsparvolumina sind allerdings recht schwammig, weil es auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Fällen aufgrund der problematischen Bewertung von Ursache und Wirkung an einer hinreichend genauen Untersuchung der ökonomischen Effizienz fehlt. Die Schwierigkeiten solcher Berechnungen liegen in einem umfassenden Wirkgeflecht der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, da es sich um Eingriffe in komplexe soziale und/oder biologische Systeme handelt. Außerdem ist die Wirkung von Präventionsmaßnahmen auch immer mit einer großen zeitlichen Verschiebung verbunden.

Will man aber trotzdem die Chancen von Prävention und Gesundheitsförderung vor allem vor dem Hintergrund des starken Anstiegs der chronischen Krankheiten

⁵⁷² Alkohol und Tabak sind bereits schon heute mit hohen Steuersätzen belastet, u.a. auch wegen möglicher Folgeschäden, die durch deren Konsum entstehen. Allerdings wird die GKV an diesen Steuereinnahmen derzeit nicht beteiligt.

⁵⁷³ Vgl. SVRKAiG (2000/2001a) S. 26

tatsächlich nutzen, so wird schnell klar, dass fächerübergreifende Ansätze und Strategien erforderlich sind. Es handelt sich also um Querschnittsaufgaben, die in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Systemen ansetzen.⁵⁷⁴ Eine Begrenzung auf die derzeitigen Aktivitäten der GKV reicht aber in keinem Fall aus (unabhängig davon, ob diese GKV-Leistungen effizient erbracht werden oder nicht).

Die Ottawa-Charta unterstrich 1986 die große Bedeutung eines koordinierten Handelns von Regierungen, Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftssektoren, von nichtstaatlichen und gemeinnützigen Einrichtungen und von Industrie und Medien.⁵⁷⁵ Die tatsächliche Umsetzung solcher ganzheitlicher und komplexer Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte ist in Deutschland bisher aber eher dürftig ausgefallen, obwohl viele Experten mittlerweile die Wichtigkeit des Themas erkannt haben.

Prävention und Gesundheitsförderung in der oben beschriebenen Diktion ist ein gesellschaftliches Reformprogramm, an dem neben und gemeinsam mit anderen Organisationen auch die GKV ihren Anteil leisten muss.⁵⁷⁶ Die zu bewältigenden Aufgaben sollten deshalb als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aufgefasst werden, die alle Bürger und Lebensbereiche umfasst.⁵⁷⁷ Auch der Sachverständigenrat präferiert in seinen Gutachten einen komplexen Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung z.B. im Rahmen der Setting-Ansätze der WHO. Settings können dabei Städte, Stadtteile, Betriebe, Schulen oder das Elternhaus sein, wo innerhalb eines gegebenen sozialen Kontext mehrere Zielgruppen durch präventive Maßnahmen erreicht werden.⁵⁷⁸ Der Rat verweist weiterhin auf die politische Querschnittsaufgaben von Prävention und Gesundheitsförderung, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung hinaus gehen.⁵⁷⁹

⁵⁷⁴ Vgl. Grossmann (1996) Prävention S. 47

⁵⁷⁵ Vgl. Kickbusch Prävention (1996) S. 35

⁵⁷⁶ Vgl. Schröer (1995) S. 335

⁵⁷⁷ Vgl. Beske (2001) S. 189

⁵⁷⁸ Settings kann mit den Begriffen Rahmen oder Schauplatz übersetzt werden. Demnach sind Gesundheitsförderungsprogramme auf bestimmte Lebensbereiche der Menschen ausgerichtet, in denen sie auch einen größten Teil ihrer Zeit verbringen; Vgl. Bröskamp-Stone, Kickbusch, Walter (1998) S. 146

⁵⁷⁹ Vgl. SVRKAiG (2000/2001a) S. 29 ff.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass eine systematische Neuorganisation ganzheitlicher und langfristiger Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien auf staatlicher Ebene nur konsequent wäre.⁵⁸⁰ Dabei sollen alle die Verbände und Organisationen in ein neu organisiertes Präventions- und Gesundheitsförderungssystem einbezogen werden, die einen Beitrag hierzu leisten können. In Deutschland könnten z.B. die flächendeckend vorhandenen regionalen Gesundheitsdienste eine wichtige Rolle einnehmen. Zu deren Aufgabe würde dann eine Zusammenführung aller Beteiligten (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, etc.) und die Organisation von entsprechenden themenbezogenen Arbeitsgruppen gehören.⁵⁸¹ Zu behandelnde Punkte könnten z.B. Alkohol- und Tabakmissbrauch, Bewegung, Ernährung, Zahngesundheit sein. Die Zielsetzungen solcher Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme werden zunächst überregional vereinbart und dann auf regionale Ebene heruntergebrochen.⁵⁸² Damit würde Prävention und Gesundheitsförderung als übergreifender gesellschaftspolitischer Ansatz begriffen werden, wo unter anderen auch die GKV involviert ist.

Aus diesem Grund spielen Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien keine explizite Rolle in der Neugestaltung des GKV-Systems, sondern sind gesamtpolitisch zu planen und umzusetzen. Allerdings sind diese Strategien vor dem Hintergrund der demografischen Veränderung und der damit verbundenen Veränderung der Krankheitsbilder trotzdem äußerst relevant für die GKV, weil sie den zukünftigen Leistungsbedarf der GKV-Versicherten prägen können und nach Möglichkeit reduzieren sollen.

Dadurch dass die Ergebnisse von Präventionsmaßnahmen aber erst mit großer zeitlicher Verzögerung zu beobachten sind (falls sie aufgrund der großen Komplexität und den vielen Beeinflussungsfaktoren der Ergebnisse überhaupt zuortbar sind), ist die Motivation der Politik zur Umsetzung übergreifender Präventionsprogramme allerdings eher gering. Politiker stehen unter dem Druck

⁵⁸⁰ Vgl. Schröder (1995) S. 335; Beske (2001) S. 189

⁵⁸¹ Im SGB V werden bereits jetzt die Krankenkassen und der Öffentliche Gesundheitsdienst zur Zusammenarbeit in Sachen Gesundheitsförderung aufgefordert. Hauptaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes soll dabei die Koordination der verschiedenen Aktivitäten der Beteiligten sein. Ferner wird die Einflussnahme auf Politik, Programme und Planungen erwähnt, mit der das Gesundheitsamt gesundheitliche Ziele und Prioritäten geltend zu machen hat; Vgl. Brand, Schmacke (1998) S. 263

möglichst kurzfristig Ergebnisse vorweisen zu können (Wahlperiode). Dem spricht eine Strategie entgegen, bei der zunächst investiert werden muss und die zu erwartenden Auswirkungen der Investitionen (Einspareffekte) noch unklar sind bzw. sehr langfristig eintreten.

Hier kann evtl. die in Kap. 5.1.2 beschriebene angestrebte höhere Transparenz im GKV-System langfristig dazu beitragen, dass die erzielten Ergebnisse durch Präventionsmaßnahmen besser sichtbar gemacht werden können und somit auch die Motivation der Politik zur Umsetzung einer umfassenden Präventionsstrategie gestärkt werden.

Für die GKV bedeuten die Umsetzung von staatlich gelenkten ganzheitlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen kostenseitig keine schwerwiegenden Veränderungen, da bereits heute Leistungen zu Prävention und Gesundheitsförderung erbracht werden. Aufgrund der langfristigen Wirkung solcher Programme ist auch kurz- und mittelfristig nicht mit Einspareffekten auf der Leistungsseite zu rechnen.

5.2.3. Zusammenfassung: Die Kernelemente des zukünftigen Systemrahmens

Finanzierung und versicherter Personenkreis:

Die Finanzierung der GKV wird zukünftig weiterhin auf grundsätzlich solidarischer Basis erfolgen. Um der Einnahmeschwäche der GKV zu begegnen sind allerdings mehrere Veränderungen gegenüber der jetzigen Systematik vorzunehmen:

- Politische Umverteilungen zu Lasten der GKV wegen kurzfristig fehlender Budgetmittel in anderen Bereichen, sollten zukünftig vermieden werden
- Aufgrund einer stetig sinkenden Lohnquote sind als Beitragsbemessungsgrundlage die Einkommen aus Kapitalerträgen sowie die Einkommen aus Vermietung und Verpachtung zu berücksichtigen. Für eine Entlastung der Verwaltung sind ausreichend hohe Freibetragsgrenzen zu definieren. Die Beitragsbemessungsgrundlage ergibt sich auf der Basis einer jährlichen

⁵⁸² Vgl. Beske (2001) S. 189 f.

schriftlichen Anfrage durch die Krankenkasse und der daraufhin ermittelte Betrag gilt für das Folgejahr.

- Die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze wird beibehalten, da ansonsten die Gefahr besteht, dass durch eine Erhöhung der Grenzen die Akzeptanz des GKV-Systems nachlassen würde und es zu einer negativen Risikoselektion für die GKV kommt. Durch die Beibehaltung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze wird auch das Heranziehen der Einnahmen aus Kapitalerträgen sowie Vermietung und Verpachtung begrenzt.
- Auf eine Ausdehnung des pflichtversicherten Personenkreises (insbesondere Beamte und besserverdienende Arbeitnehmer) wird verzichtet, weil die Versicherungspflichtgrenze zum einen politisch als Friedensgrenze zwischen GKV und PKV Bestand haben soll und zum anderen langfristig kaum fiskalische Effekte zu erwarten wären. Allerdings sollen PKV-Versicherte ihre erworbenen Rückstellungen zukünftig auch bei einem Rückwechsel in die GKV mitnehmen können.
- Die beitragsfreie Familienversicherung für Kinder wird unverändert beibehalten. Lediglich bei mitversicherten Ehepartner, die weder Kinder erziehen noch Personen pflegen, wird im Rahmen des beschriebenen Splittingverfahrens zukünftig ein Beitrag erhoben.

Leistungskatalog:

In der SWOT-Analyse wurde festgestellt, dass der umfassende Leistungskatalog der jetzigen GKV eine Stärke des Systems darstellt. Allerdings wurde auch angemerkt, dass durchaus Verbesserungspotenziale bestehen:

- Auf eine Gliederung in Grund- und Wahlleistungen wird verzichtet. Die Definition einer medizinisch notwendigen und bedarfsgerechten Behandlung wird auf die Gestaltung der systemimmanenten Prozesse und Beziehungen verlagert.
- Versicherungsfremde Leistungen werden zukünftig aus der GKV ausgegliedert und entweder steuerlich finanziert oder in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen.
- Der Anspruch auf Zahnersatz (Ausnahme nach Unfall) ist als gesetzliche Leistung aus dem Katalog der GKV zu entfernen, da eine Leistungsanspruchnahme stark durch präventive Maßnahmen des Versicherten beeinflusst

werden kann. Bei Bedarf kann dieser Leistungsbereich privat zusatzversichert werden.

- Leistungsanspruchnahmen nach Risikosportarten sind wegen Abgrenzungsschwierigkeiten nicht aus der GKV auszugliedern.

Prävention und Gesundheitsförderung

Bereits heute leistet die GKV einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dies allerdings nicht im Rahmen eines abgestimmten Gesamtkonzeptes mit anderen Beteiligten (wie z.B. der Bildungssektor, der öffentliche Gesundheitsdienst, etc.). Da die Umsetzung einer übergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungskonzeptes für die langfristige Zukunft der GKV aber von großer Wichtigkeit sein kann, soll ein entsprechend umfassendes und mit allen Beteiligten abgestimmtes Konzept erarbeitet und umgesetzt werden.

Fazit: Auswirkung auf die Einnahmen und Ausgaben der GKV:

Die Veränderungen zur Finanzierung der GKV werden kurzfristig nicht zu wesentlichen Auswirkungen auf die Einnahmen führen. In den Berechnungen von S. Busch, A. Pfaff, C. Rindsfüßer⁵⁸³ werden zwar positive Beitragssatzeffekte bei Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und gleichzeitiger Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Einwohner in Höhe von 2,76% ermittelt, im hier präferierten Modell wird aber der Personenkreis der GKV nicht erweitert werden und auch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht geplant. Trotzdem wird auch die alleinige Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage zu positiven Beitragssatzeffekten führen, allerdings werden diese in der Übergangsphase durch eine erhöhte Zahl an Wechslern in die PKV wieder ausgeglichen werden. Somit ist kurzfristig tatsächlich mit keinen Beitragssatzeffekten zu rechnen. Mittelfristig ergibt sich durch diese Regelung aber eine Stabilisierung der Einnahmen der GKV, d.h. die Einnahmen können eher im gleichen Tempo wie das Sozialprodukt wachsen.

Die Herauslösung der versicherungsfremden Leistungen sowie des Zahnersatzes aus dem GKV-Leistungskatalog haben direkte Auswirkungen auf die Ausgaben

der GKV. Allerdings ist dabei zu beachten, dass es sich um eine einmalige Kostensenkung handeln wird. Die Ausgabenreduzierung beträgt aufgrund des Wegfalls der versicherungsfremden Leistungen etwa 3,2 Mrd. € und durch die „Privatisierung“ des Zahnersatzes 3,3 Mrd. €. Somit reduzieren sich die Ausgaben in der GKV einmalig um insgesamt 6,5 Mrd. €. Geht man davon aus, dass bundesdurchschnittlich etwa 0,92 Mrd. € einen Beitragssatzpunkt ausmachen⁵⁸⁴, so könnten die Beitragssätze der Krankenkassen um durchschnittlich 0,7% gesenkt werden und dieses ohne Qualitätsverluste in der Versorgung.

Es sei aber nochmals betont, dass es sich nur um eine einmalige Absenkung des Beitragssatzniveaus handelt und lediglich eine gerechtere Finanzierungsform gefunden wurde (Steuerfinanzierung bzw. Eigenverantwortung der Versicherten), die Gelder also insgesamt nicht eingespart werden.

6. Implementierungsphase: Die Umsetzung der erarbeiteten Strategien in die Praxis

Betrachtet man die auf Unternehmensebene vorhandenen Erfahrungen zum strategischen Management, so fällt auf, dass oftmals die größten Probleme in der operativen umsetzung der geplanten Strategien bestehen.⁵⁸⁵

Ganz besonders gilt dieses für Konzepte, die auf Basis der analytischen Managementschulen entwickelt werden und wo die Planungen oftmals sehr theoretisch und mit hohem Detaillierungsgrad versehen sind.⁵⁸⁶ Kaplan und Norton, die Entwickler des Balanced Scorecard-Konzeptes,⁵⁸⁷ sehen die Lücke

⁵⁸³ Busch, Pfaff, Rindsfüßer (1996) S. 46 ff

⁵⁸⁴ Vgl. Beske (2001) S. 33

⁵⁸⁵ Vgl. Mintzberg (1999) S. 81

⁵⁸⁶ Vgl. Mintzberg (1999) S. 43 ff.

⁵⁸⁷ Die Balanced Scorecard ist ein Management- und Führungssystem, das dazu dient, das tägliche Unternehmensgeschehen zu steuern. Die Besonderheit liegt darin, dass sie nicht nur (vergangenheitsorientierte) Finanzkennzahlen berücksichtigt, sondern auch weitere Perspektiven (Kunden-, interne Geschäftsprozess- sowie die Lern- und Entwicklungsperspektive) mit einbezieht, um ein ausgewogeneres Bild der Situation des Unternehmens aufzuzeigen; Vgl. Kaplan, Norton (1997) S. 9

zwischen der strategischer Planung und der operativer Umsetzung vor allem in den folgenden Punkten begründet.⁵⁸⁸

- "The Vision Barrier": Strategien lassen sich nicht in konkrete Steuerungsgrößen übersetzen und bleiben deshalb unverstanden
- "The People Barrier": Strategien lassen sich nicht mit den Zielvorgaben und Incentives einzelner Mitarbeiter bzw. Abteilungen verknüpfen
- "The Resource Barrier": Es gibt keine Verbindung zwischen Strategie und operativer Planung bzw. Budgetierung.
- "The Management Barrier": Es wird ein taktisches, nicht ein strategisches Feedback gegeben.

Diese Probleme treffen in der Regel umso mehr zu, je größer die Organisation ist, für die ein strategischer Managementprozess umgesetzt werden soll. In kleinen Unternehmen besteht nämlich noch am ehesten die Möglichkeit, entweder über disziplinarische Maßnahmen oder (besser) durch tatsächliche Überzeugung der Mitarbeiter die zuvor genannten "Barrieren" zu überwinden. Vor allem ist in einem überschaubaren Unternehmen die Übersetzung der Strategien in klare Maßnahmen leichter zu realisieren.

Bei der Umsetzung des strategischen Managementkonzeptes für das GKV-System ist allerdings zu beachten, dass es sich nicht um ein Kleinunternehmen handelt, sondern um eine gesamte Branche. Die Probleme, die damit einhergehen wurden bereits in Kap. 2.2 beschrieben. Für die Implementierungsphase bedeutet dieses zunächst einmal, dass die geplanten Strategien mit den Marktteilnehmern ausreichend kommuniziert werden müssen und auch anschließend eine laufende kommunikative Prozessbegleitung zu erfolgen hat. Hierzu sind mit dem Koordinierungsausschuss und dem sogenannten "Runden Tisch" bereits erste Instrumente "installiert" worden. Ferner sind auch Instrumente zur Implementierung eines strategischen Controllings (im Sinne eines Steuerungssystems) zu entwickeln, damit bei gravierenden Planabweichungen möglichst frühzeitig gegengesteuert werden kann.

Es gibt aber durchaus noch weitere Argumente, die dafür sprechen, dass sich die Marktteilnehmer im GKV-System entsprechend den beschriebenen Strategien

⁵⁸⁸ Vgl. Kaplan, Norton (1997) S. 186 ff.

kooperativ und damit im Sinne des Gesamtsystems verhalten werden. Beide Punkte werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert:

1. Das Konzept „Co-opetition“ zeigt, dass kooperatives Verhalten auch in Wettbewerbsmärkten den „Ertrag“ des einzelnen Marktteilnehmers erhöhen kann.
2. Die Marktteilnehmer im GKV-System tragen eine durchaus bewusste soziale und gesellschaftliche Verantwortung.

6.1. Das Konzept „Co-opetition“

Das Konzept „Co-opetition“ (eine Zusammenfügung der Begriffe Cooperation und Competition) von A. Brandenburger und B. Nalebuff basiert auf der Feststellung, dass erfolgreiche Unternehmen die Marktteilnehmer in ihrer Branche aus den verschiedensten Gesichtspunkten betrachten müssen und Wettbewerber nicht automatisch als Gegner identifizieren dürfen.⁵⁸⁹

Verfolgt man aber die Entwicklungen in vielen Branchen unserer Wirtschaft, so dominiert immer noch die Sichtweise des Gegeneinanders und einer anzustrebenden Win-Lose-Situationen. Diese Philosophie spiegelt sich deutlich in folgendem Satz von G. Vidal, einem amerikanischen Schriftsteller, wider: „It is not enough to succeed. Others must fail.“⁵⁹⁰

Die negativen Auswirkungen (nicht nur für die gesamte Branche, sondern auch für den einzelnen Marktteilnehmer), die eine solche Sichtweise haben kann zeigt z.B. der Preiswettbewerb in der amerikanischen Flugzeugindustrie in den Jahren 1990 bis 1993. Dort ging durch ruinöse Preiskämpfe zwischen den Wettbewerbern so viel Geld verloren, wie in der gesamten Zeit zuvor nicht verdient worden ist.⁵⁹¹

Vor allem in den letzten Jahren findet man in der Wirtschaft aber durchaus auch andere Entwicklungen vor: Unternehmen sprechen von strategischen Partnerschaften mit Wettbewerbern, sie arbeiten mit Lieferanten oder mit in der Prozesskette nachgelagerten Unternehmen eng zusammen. A. Brandenburger und B. Nalebuff beschreiben dieses mit einem Zitat von B. Baruch: „You don't

⁵⁸⁹ Vgl. Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 4 f

⁵⁹⁰ Vgl. Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 3

have to blow out the other fellow's light to let your own shine."⁵⁹² Viele Unternehmen erreichen nämlich nur dann höhere Gewinnmargen, wenn es auch ihren Partnern im Markt gut geht. Als Beispiel seien die Firmen Intel und Microsoft genannt. So profitiert der Chiphersteller Intel davon, wenn Microsoft stärkere Software herstellt; umgedreht können die Softwarepakete von Microsoft durch schnellere Intelchips besser genutzt werden. Anstelle der zuerst geschilderten Win-Lose-Situation tritt damit eine Win-Win-Situation für die beteiligten Unternehmen in der Branche ein.

Allerdings bedeutet diese Art der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Marktteilnehmern nicht, dass es immer zu einem friedlichen Miteinander in einer Branche kommen muss, um möglichst hohe individueller Erträge erzielen zu können. So hat z.B. der Erfolg von Intel und Microsoft nicht unbedingt der Firma Apple Computer geholfen.

A. Brandenburger und B. Nalebuff kommen deshalb zu der Ansicht, dass das Verhalten der Marktteilnehmer sich wesentlich stärker am Begriff „Co-opetition“ ausrichten sollte. Die gleichen Marktteilnehmer innerhalb einer Branche können demnach einerseits kooperativ zusammenarbeiten und andererseits auch im Wettbewerb zueinander stehen. Erläutert wird dieses wie folgt: „Business is cooperation when it comes to creating a pie and competition when it comes to dividing it up.“⁵⁹³ Unternehmen in einer Branche können also einerseits höhere Erträge erreichen, wenn sie - auch mit Wettbewerbern - kooperieren (Business is cooperation), andererseits müssen sie ihre Anteile aber auch gegenüber den gleichen Kooperationspartnern einfordern bzw. verteidigen (Business is competition). Wenn es darum geht die geschaffenen Werte zu verteilen, müssen Unternehmen also auch ihre eigenen individuellen Interessen wahren. Generell ist der eigene Erfolg aber nicht abhängig davon, dass andere Unternehmen verlieren - es kann also durchaus mehrere Gewinner geben.

⁵⁹¹ Vgl. Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 3 f.

⁵⁹² Bernard Baruch (1870-1965) war amerikanischer Banker und Berater mehrerer US-Präsidenten sowie spezieller Militärberater im 2. Weltkrieg; Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 4

⁵⁹³ Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 4

Nach Ansicht von A. Brandenburger und B. Nalebuff ist das Verhältnis der Marktteilnehmer aber oftmals auch dann noch stark gegeneinander ausgerichtet, wenn Wettbewerber in bestimmten Teilmärkten oder zu verschiedenen Zeitpunkten durchaus auch Kooperationspartner sein könnten: „People are so accustomed to viewing the business world in warlike terms that even when other players are both competitors and complementors, they tend to see them as only competitors and fight against them. They focus the evil Mr. Hyde and overlook the good Dr. Jekyll.“⁵⁹⁴

Die Autoren beschreiben an dieser Stelle einen neuen Marktteilnehmer, nämlich den Complementor. „A player is a complementor if customers value your product more when they have the other player’s product [also] than when they have your product [alone].“ Die individuelle Marktsituation eines Unternehmens verbessert sich also, wenn einerseits eine Kooperation mit einem Competitor eingegangen wird, obwohl andererseits zum gleichen Zeitpunkt oder zu einem späteren Zeitpunkt eine Wettbewerbssituation zwischen den Betroffenen besteht.

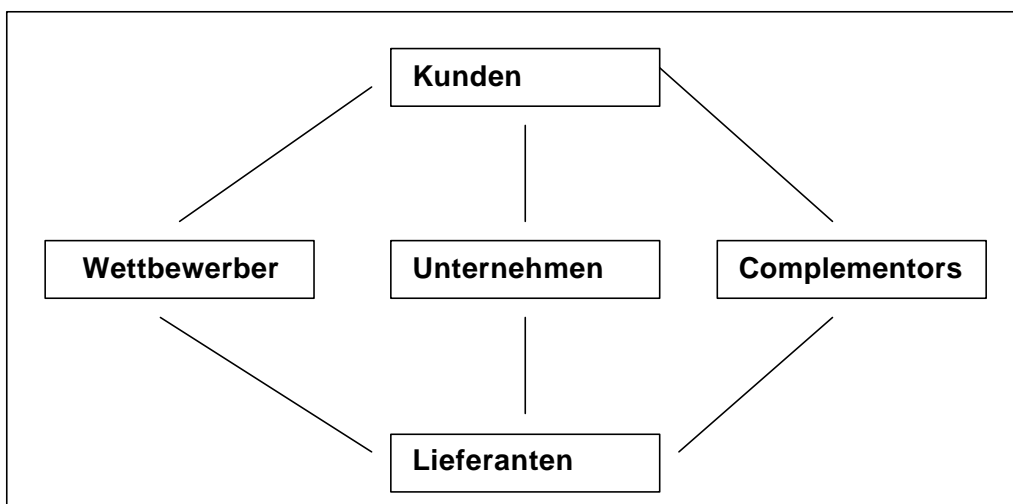


Abb. 43: The Value Net, Quelle: Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 17

Die Bedeutung von „Co-opetition“ für das GKV-System

Im Strategieteil der vorliegenden Arbeit wurde insbesondere in Kap. 5.1 auf die Notwendigkeit von möglichst flächendeckenden integrierten Versorgungsnetzen

⁵⁹⁴ Brandenburger, Nalebuff (1996) S. 29

hingewiesen. Hierzu wurden die entsprechenden Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme geschaffen und insbesondere das Umfeld für integrierte Versorgungsformen deutlich verbessert.

Dass die Marktteilnehmer jetzt die Vorgaben einer solchen Gesundheitspolitik aufgreifen und trotz (oder gerade wegen) der neugestalteten Wettbewerbssituationen an bestimmten (aber wichtigen) Stellen im System kooperativ - im Sinne des Gesamtsystems - zusammenarbeiten, dafür sprechen die Möglichkeiten und Chancen von „Co-opetition“. Demnach macht es für die Beteiligten durchaus Sinn, an bestimmten Stellen Kooperationen mit anderen Marktteilnehmern (auch mit direkten Wettbewerbern) einzugehen, wenn dadurch für beide ein Mehrwert entsteht (Complementors). Zu einem späteren Zeitpunkt oder in anderen Bereichen können die gleichen Marktteilnehmer durchaus auch in einer konkurrierenden Situation zueinander stehen und Wettbewerber sein (Competitors).

Als Beispiel sollen nochmals die geplanten integrierten Versorgungsnetze genannt werden: Für Krankenkassen macht es im beschriebenen Wettbewerbsumfeld Sinn, Kooperationen mit qualitativ guten Leistungserbringergruppen zu vereinbaren, die zudem den kompletten Behandlungsprozess über integrierte Versorgungsverträge abdecken. Durch die hohe Qualität, die die Krankenkasse durch diese Kooperation ihren Versicherten bietet, erzielt sie einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Kassen. Die Leistungserbringer hingegen erhalten durch die Kooperation und die bessere Marktstellung der Krankenkasse (mehr Mitglieder) eine höhere Auslastung. Zwischen den Leistungserbringern selbst bringt die Kooperation über die komplette Behandlungskette deutliche Effizienz- und Qualitätsverbesserungen. Mit diesem Wettbewerbsvorteil können sie gegenüber den Kostenträgern bessere Verträge fordern (an dieser Stelle besteht eine Wettbewerbssituation zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer). Auch machen in bestimmten Situationen Kooperationen zwischen Krankenkassen Sinn, um z.B. durch eine größere Nachfragemacht bessere Konditionen bei den Verhandlungen um Versorgungsverträge zu erreichen.

Insgesamt zeigt das Konzept „Co-opetition“ deutlich, dass die Sichtweise des ständigen Gegeneinanders oftmals höhere Erträge oder Nutzen für den Einzelnen

verhindert.⁵⁹⁵ Stattdessen müssen die Marktteilnehmer - auch in der GKV-Branche - in der Lage sein, zwischen den beiden Rollen (Complementor und Competitor) je nach Situation hin- und herzuspringen. Derzeit findet man im GKV-System, vor allem geprägt durch die bisherigen Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme, die Betrachtung anderer Marktteilnehmer als Complementor noch eher selten vor.

Die im Strategieteil dieser Arbeit vorgenommenen Veränderungen sollten aber dazu führen, dass die Marktteilnehmer die beschriebenen Möglichkeiten erkennen und eine individuell bessere Marktstellung anstreben.

Da dieses eben unter anderem über Kooperationen mit anderen Marktteilnehmern funktioniert, erscheint die in den Kernstrategien anvisierte kooperative Zusammenarbeit im Rahmen einer integrierten Versorgung durchaus erreichbar.

6.2. Die soziale und gesellschaftliche Verantwortung der Marktteilnehmer

Das zweite Argument, das für eine erfolgreiche Implementierung und damit für eine Verhaltensweise der Marktteilnehmer im Sinne der erarbeiteten Branchenstrategien spricht, liegt in der gesellschaftlichen und sozialen Verantwortung der Marktteilnehmer. Denn die einzelnen Krankenkassen, Leistungserbringer und andere Beteiligten im GKV-System bewegen sich in einer Branche, deren langfristiges „Funktionieren“ bzw. „Nichtfunktionieren“ erhebliche volkswirtschaftliche Auswirkungen hat. Darüber hinaus ist das System der GKV ein wesentlicher Pfeiler des Sozialstaatsystems und die Marktteilnehmer sind, im Rahmen ihrer Gestaltungsmöglichkeiten, auch mitverantwortlich für die Sicherung eines Teils der sozialen Gerechtigkeit.

Insgesamt leitet sich eben aus diesen Punkten eine gesellschaftliche und soziale Verantwortung für die Marktteilnehmer ab, sich ständig um die Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems zu kümmern und vor allem durch ihr eigenes Verhalten zu einem langfristigen „Funktionieren“ des Systems beizutragen.

Im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips hat der Staat die Durchführung der

⁵⁹⁵ In Kap. 6.2 wird gezeigt, dass die höheren individuellen Erträge der Gesamtbranche im Sinne eines Added value zur Verfügung gestellt werden. Es erfolgt keine Gewinnmaximierung einzelner Unternehmen.

GKV direkt auf die Marktteilnehmer verlagert und diese aufgefordert hier entsprechend zusammenzuarbeiten. Die sich dadurch ergebenden Gestaltungsmöglichkeiten in der Umsetzung sind aber zugleich auch mit der Übernahme von sozialer und gesellschaftlicher Verantwortung verbunden.

Eine solche soziale und gesellschaftliche Verantwortung der Beteiligten sollte eigentlich bereits ausreichend dafür sein, dass die Marktteilnehmer ihre Zielsetzungen auf die Erreichung eines möglichst hohen Ertrages im Sinne der gesamten Branche richten und nicht eine individuelle Gewinnmaximierung anstreben. Allerdings werden diese Bemühungen entscheidend durch die vorhandenen Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme geprägt. Hierzu wurden in Kap. 5.1 umfassende Veränderungen beschrieben und so haben zukünftig effizient handelnde und strategisch gut aufgestellte Organisationen gute Chancen ihre jeweilige Marktposition deutlich zu verbessern. Die durch diese verbesserte Marktposition erzielten zusätzlichen Erträge werden allerdings der gesamten Branche im Sinne eines Added value zur Verfügung gestellt. Wie dieses funktioniert zeigt folgendes Beispiel: Krankenkassen, die durch effiziente Strukturen und gutes Vertragsmanagement im Rahmen der integrierten Versorgung ihren Versicherten ein gutes Preis-/Leistungsverhältnis bieten können, werden in dem in Kap. 5.1 beschriebenen Marktumfeld deutlich an Marktmacht (d.h. an Mitgliedern) gewinnen. Den zusätzlichen Ertrag, den diese Kasse durch die Steigerung des Marktanteils erreicht, fließt allerdings nicht in das eigene Unternehmen (im Sinne von höheren Gewinnen), sondern wird der gesamten Branche, in Form von niedrigeren Beiträgen bzw. Investitionen in die Qualität der medizinischen Versorgung, zur Verfügung gestellt.

Das Funktionieren eines solchen Mechanismus wird im Wesentlichen durch den Nonprofit-Charakter der Marktteilnehmer gesichert, findet sich im amerikanischen Gesundheitssystem aber z.B. nicht wieder. Hier würde eine Krankenkasse entsprechende Gewinne nicht an die Branche weitergeben, sondern zur eigenen Gewinnmaximierung nutzen.⁵⁹⁶

⁵⁹⁶ Viele Versicherungen sind hier sogar an der Börse notiert und demzufolge auch einem Shareholder-Value-Ansatz verpflichtet.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Die anhaltende politische Debatte um die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitssystems nimmt aktuell - vor allem vor dem Hintergrund der derzeitigen konjunkturellen Probleme und der damit verbundenen Problematik, dass steigende Beitragssätze der Krankenkassen zugleich auch weiter steigende Lohnnebenkosten bzw. zusätzliche Ausgaben für die Versicherten bedeuten, die für privaten Konsum nicht mehr zur Verfügung stehen - einen immer breiteren Raum ein. Nahezu täglich werden Konzepte und Vorschläge von eingesetzten Kommissionen, Verbänden, Krankenkassen, Lobbyisten - also nahezu allen Marktteilnehmern im Gesundheitswesen - veröffentlicht. Aufgrund der Komplexität des Systems und den vielfältigen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der GKV beziehen sich diese „Reformvorschläge“ aber oftmals (bewusst oder unbewusst) lediglich auf einzelne Systemausschnitte.⁵⁹⁷ Darüber hinaus sind sie oftmals auch praxisfremd⁵⁹⁸ bzw. es fehlt die ausreichende politische Akzeptanz für eine Umsetzung.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb der Politik und der Branche der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland für die Planung und Umsetzung einer langfristig und ganzheitlich angelegten Gesundheitsreform ein mögliches Konzept an die Hand zu geben. Dieses ist ausgerichtet am Prozess des strategischen Managements und versucht, unter Berücksichtigung der komplexen Zusammenhänge des Systems, langfristig tragfähige Lösungen zur Steigerung der Gesamteffizienz anzubieten. Durch die strikte Orientierung am strategischen Managementprozess wird gleichzeitig sichergestellt, dass bei der Strategiefindung an vorhandenen Strukturen angeknüpft wird (Istanalyse) und zudem auch Konzepte für die Umsetzung der Strategien entwickelt werden (Implementierungsphase). Auf eine komplette (und in der Praxis kaum umsetzbare) Neugestaltung des GKV-Versorgungssystems ist also bewusst verzichtet worden. Weiterhin

⁵⁹⁷ Als Beispiel sei die politische Diskussion um die Einführung von Selbstbehalttarifen in die GKV genannt. Insbesondere im Kapitel 5.1.4 dieser Arbeit wird erläutert, dass Selbstbehalttarife zwar im Bagatellbereich durchaus steuernd wirken können und deshalb auch eingeführt werden sollten. Im Bereich der Hochkostenfälle und der chronisch kranken Versicherten verfügen sie jedoch kaum über Steuerungspotenzial. Sie entfalten ihre Wirkungen also lediglich bei einem begrenzten Versichertenpotenzial.

wurde versucht durch die möglichst breite Erfassung und Berücksichtigung von „Einflussfaktoren“ auf das GKV-System der Komplexität und den Interdependenzen der Prozesse Rechnung zu tragen. Das Vorgehen unterscheidet sich deshalb deutlich von dem, was vor allem in der jüngsten Vergangenheit an vermeintlichen Reformen im Gesundheitswesen politisch umgesetzt werden konnte. Dieses wird z.B. durch das zum Jahreswechsel 2002/2003 in Kraft getretene Vorschaltgesetz nur allzu deutlich bestätigt. Um den unausweichlich erscheinenden Beitragssatzsteigerungen der Krankenkassen entgegenzuwirken werden Einsparungen in nahezu allen Bereichen des Systems versucht. So soll über Zwangsrabatte, Nullrunden bei den Leistungserbringern und Leistungsbeschränkungen (z.B. beim Sterbegeld) - bei gleichzeitigem Verbot für die Krankenkassen ihre Beitragssätze zu erhöhen⁵⁹⁹ - der Anstieg der Lohnnebenkosten verhindert werden. Es handelt sich also lediglich um rein monetär motivierte Eingriffe des Gesetzgebers die keinerlei strukturelle Veränderungen beinhalten.

Zwar werden diese Maßnahmen auch von Seiten der Gesundheitspolitik lediglich als notwendiger Schritt zur Vorbereitung einer umfassenden Reform gesehen. Allerdings besteht die Gefahr das die Ankündigung einer umfassenden Strukturreform lediglich als Alibi für ein schnell umsetzbares und wirksames Vorschaltgesetz dienen. Denn die schnelle (aber nicht nachhaltige) Wirkung von Preisfestsetzungen, Zwangsrabatten, etc. dürfte lediglich dazu führen, dass durch die vorübergehend geschaffene „Luft“ notwendige strukturelle Veränderungen zeitlich verschoben bzw. nicht sehr weitreichend ausfallen werden. Dieses vor allem, weil strukturelle Veränderungen aufgrund der extremen Komplexität und einhergehend mit dem geringen Veränderungswillen und Beharrungsdrang vieler Marktteilnehmer, hohe Anforderungen an die politische Umsetzung solcher Reformen stellen. Für die Gesundheitspolitik gibt es jedoch keine Alternativen zu einer einschneidenden Strukturreform. Kurzfristig wirksame und rein monetär ausgerichtete Regulierungen sind nicht ausreichend, da Umgehungsstrategien gesucht und umgesetzt werden. Weitere Korrekturingriffe werden deshalb in immer kürzeren Zeitabständen und immer intensiver notwendig.

⁵⁹⁸ Als eher praxisfremd sind aus Sicht des Autors Angebote von Krankenversicherungen, die z. B. Bonuszahlungen für Personen vorsehen, die mit dem Rauchen aufhören.

⁵⁹⁹ Beitragssatzerhöhungen sollen nur genehmigt werden, wenn diese auf Grund der finanziellen Situation einer Krankenkasse unausweichlich sind.

Die Inhalte der aktuellen Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien beinhalten einige, weitreichende strukturelle Veränderungen, die vor allem auf den Kern des GKV-Versorgungssystems, nämlich die Vertragsbeziehungen an der Drehscheibe der ambulanten ärztlichen Versorgung, abzielen. Hierbei wird ein klarer politischer Handlungsrahmen für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit die selektive Zulassung von Einzelverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vorgegeben. Dabei sollen neben freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten Gesundheitszentren mit festangestellten Ärzten integriert und auch Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant/stationär in das System der Einzelverträge mit einbezogen werden. An einer anderen Stelle heißt es, dass Krankenkassen und Leistungsanbieter in die Lage versetzt werden neben den notwendigen kollektiven Verträgen auch Einzelverträge mit festgelegtem Qualitätsniveau abzuschließen. Der Sicherstellungsauftrag könne hierzu, entsprechend den veränderten Bedingungen, angepasst werden.⁶⁰⁰

Damit von einer solchen Entwicklung im Vertragsbereich auch tatsächlich steuernde Impulse ausgehen können, wird aber die Frage des Vergütungssystems der Leistungserbringer eine entscheidende Rolle spielen. Denn solange Krankenkassen für die ambulante Behandlung weiterhin Kopfpauschalen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen und letztere dann die Vergütung innerhalb der Leistungserbringer regeln, kann es zu keinem wirklichen Wettbewerb auf Leistungserbringerseite kommen. Vor allem die in Kapitel 3.2.6.3 beschriebenen Schwierigkeiten im Zuge der Etablierung von alternativen Versorgungsmodellen (integrierte Versorgung) sind zum großen Teil auf die wie bisher weiterhin zwingend notwendigen und intransparenten „sektoralen Budgetbereinigungen“ zurückzuführen. Abschnitt 5.1.4 schlägt deshalb ein Vergütungssystem vor, wo Krankenkassen feste Preise für erbrachte Leistungen (z.B. Fallpauschalen, Leistungskomplexe) mit den Leistungserbringern vereinbaren und wie in anderen Ländern direkt abrechnen.

Qualitätsanforderungen in der medizinischen Versorgung sollen zukünftig durch ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ definiert werden, welches den

⁶⁰⁰ Vgl. Koalitionsvereinbarung der Bundesregierungsparteien (2002) S. 54

Koordinierungsausschuss bei der Festsetzung von Standards unterstützen soll.⁶⁰¹ Wie in Kapitel 5.1.2 dieser Arbeit geschildert, sollte systemübergreifend (z.B. im Rahmen eines solchen Zentrums) zunächst mit der Definition von Standards zur Behandlung wichtiger chronischer Erkrankungen begonnen werden. Die Schaffung eines weiteren Institutes im Gesundheitswesen bedeutet aber noch lange nicht die flächendeckende Umsetzung dieser Standards in die Praxis. Hier - wie in Kapitel 5.1.2 beschrieben - kommt ein weiterer wichtiger strategischer Aspekt hinzu: Die Erhöhung der Transparenz des ärztlichen Tuns über Qualitätsindizes. Denn erst eine vorhandene Transparenz führt in Wettbewerbssituationen zwischen Ärztegruppen zur notwendigen Umsetzung von Qualitätsstandards, da es ansonsten zu entsprechenden Wettbewerbsnachteilen für die jeweilige Leistungserbringergruppe kommt.

Zwar setzen insgesamt die meisten in der Koalitionsvereinbarung als auch in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Veränderungen bei den Leistungserbringern an, allerdings werden auch auf die Krankenkassen eine Menge neuer Aufgaben, vor allem im Vertragsbereich, zukommen. Es wird demnach in der Zukunft, neben dem bereits erprobten Wettbewerb um neue Mitglieder, für Krankenkassen entscheidend darauf ankommen gegenüber der Konkurrenz auch mit entsprechend verhandelten Versorgungsverträgen vor Ort gut aufgestellt zu sein.⁶⁰²

Insgesamt ist zu erwarten, dass bei den notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen der eingesetzten „Rürup-Kommission“ zumindest partiell das Jahresgutachten 2002/2003 der „Fünf Wirtschaftsweisen“ eine Rolle spielen wird.⁶⁰³ Neben Finanzierungsfragen wird in diesem Gutachten aber auch die Reformierung der Vertragsbeziehungen zwischen den Marktteilnehmer, die Liberalisierung des Arzneimittelhandels sowie die Selbstverantwortung der Versicherten angesprochen. Es sei dabei entscheidend für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems, dass die Voraussetzungen für deutlich mehr Wettbewerb in allen Bereichen geschaffen werden.⁶⁰⁴

⁶⁰¹ Vgl. Koalitionsvereinbarung der Bundesregierungsparteien (2002) S. 55

⁶⁰² So heißt es in der Koalitionsvereinbarung, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Organisationsreform in die Lage versetzt werden, ihren Beitrag zu einem notwendigen Qualitätswettbewerb zu leisten.

⁶⁰³ Dieses wird deshalb vermutet, weil der Leiter der eingesetzten Rürup-Kommission selbst einer der „Wirtschaftsweisen“ ist.

⁶⁰⁴ Vgl. Sachverständigenrat (2002) S. 272 ff.

Vom Zeitplan her werden nach Einschätzung des Autors weitere geplante Systemveränderungen der SPD/Bündnis 90/Grüne-Regierung - neben den Punkten, die aus dem Koalitionsvertrag hervorgehen - erst nach den im Februar 2003 anstehenden Landtagswahlen in Hessen und Niedersachsen näher diskutiert und erläutert. Allerdings entstand zusätzlicher Druck auf die Politikverantwortlichen zur Reformierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Äußerungen der Kommission der Europäischen Union. Diese hatte zum Ausdruck gebracht, dass die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ein wesentliches Kriterium für das Überschreiten der „Euro-Stabilitätskriterien“ Deutschlands in 2002 darstelle und hatte die Bundesregierung aufgefordert bis Mai 2003 weitreichende Maßnahmen zur Sanierung vorzulegen.⁶⁰⁵ Eine Umsetzung von Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitssystem, so wie sie beispielhaft in der Koalitionsvereinbarung oder im zuvor erwähnten Gutachten der „Wirtschaftsweisen“ beschrieben werden, hängt allerdings entscheidend vom Verhalten und der Kompromissbereitschaft der Oppositionsparteien ab. Denn diese verfügen zur Zeit über die Mehrheit im Bundesrat und alle wesentlichen Inhalte einer Strukturreform können nicht ohne eine solche Mehrheit verabschiedet werden.

Um das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung aber wirklich zukunftsfähig zu machen, ist es zwingend erforderlich, dass ein solcher politischer Konsens auch die hohe Komplexität des Gesundheitssystems entsprechend berücksichtigt und damit deutlich über die jetzt diskutierten Reformvorschläge hinaus gehen muss. Vor allem sind die vielfältigen (und zum Teil konträren) Interessen und Zielsetzungen der Beteiligten im Gesundheitswesen zu koordinieren und darüber hinaus auch die Verbindungen zu anderen politischen Ressorts zu berücksichtigen.⁶⁰⁶

Einen solch komplexen Lösungsansatz bietet die vorliegende Arbeit und sie könnte deshalb auch als Grundlage für eine anstehende politische Diskussion um eine einschneidende Gesundheitsreform dienen. Im folgenden werden die

⁶⁰⁵ Vgl. Schmidt (2003) „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ vom 20.01.2003; o.V. (2003) „Die Welt“ vom 08.01.2003

⁶⁰⁶ Als Beispiel für den Einfluss anderer politischer Ressorts auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf den Einfluss der Bildungspolitik im Bereich der Prävention hingewiesen (Kap. 1.3). Andererseits hat die Kostenentwicklung des GKV-Systems durch dessen Lohnkoppelung direkten Einfluss auf die Lohnnebenkosten und beeinflusst damit das Ressort der Wirtschafts- und Arbeitspolitik.

wesentlichen Punkte des Konzeptes nochmals zusammengefasst: Mit der Aufhebung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigung besteht für die Krankenkassen zukünftig die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren. Im Rahmen einer angestrebten Oligopollösung verhandeln die Kostenträger mit verschiedenen Leistungserbringerverbänden entsprechende Versorgungsverträge aus.⁶⁰⁷ Damit wird der bisherige (Preis-)Wettbewerb zwischen den Krankenkassen deutlich ausgeweitet und ein gut aufgestelltes Vertragsmanagement zukünftig zum Erfolgsfaktor für die Versicherer. Unterstützt wird dieses durch die Neugestaltung der Risikostrukturparameter, wodurch Risikoselektion für die Krankenkassen unattraktiv wird und die Bemühungen sich eben auf ein effizientes Vertragsmanagement verlagern.

Zur Stärkung der integrierten Versorgung schließen Krankenkassen darüber hinaus mit regional organisierten Leistungserbringergruppen⁶⁰⁸ Verträge ab, die die gesamte medizinische Versorgung eines definierten Versichertenkollektivs umfassen. Die Vergütung erfolgt dabei über morbiditätsorientierte und sektorübergreifende Behandlungspauschalen sowie über Boni, die bei Erreichen vereinbarter Kosten- und Qualitätsziele gezahlt werden. Um auch bei den Versicherten entsprechende Anreize zur Einschreibung⁶⁰⁹ in alternative Versorgungsmodelle zu erzielen, sollen diese Tarife mit entsprechenden Beitragsrabatten versehen werden.

Ein wesentlicher Punkt dafür, dass der entstehende Wettbewerb auch zu einer höheren Systemeffizienz führt, liegt in der Verbesserung der Transparenz der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. So werden die Leistungserbringerverbände zukünftig wesentlich stärker gezwungen sein ihre Effizienz darzustellen. Dieses zum einen gegenüber den Kostenträgern, da sie in Konkurrenz zu anderen Verbänden um Versorgungsverträge stehen. Zum anderen aber auch gegenüber den Versicherten, die über Kennzahlensysteme eine erheblich höhere Entschei

⁶⁰⁷ Durch die Neugestaltung des Vergütungssystems der Leistungserbringer mit stärkerer Berücksichtigung von pauschalen und ergebnisorientierten Vergütungsformen, wird dem Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt, sowie, in Verbindung mit der Verkleinerung der Budgetteilnehmer und der Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Hamsterradeffekt ausgeschaltet.

⁶⁰⁸ Favorisiert werden hierbei Hausarztgruppen, die entsprechende Anschlussverträge mit den nachgelagerten Versorgungsebenen treffen.

⁶⁰⁹ Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte bei einer Erkrankung immer zunächst den Hausarzt oder einen HMO-Arzt aufzusuchen. Dieses ist notwendig, um dem Gatekeeper tatsächlich Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Leistungssicherheit erhalten, wenn es um die Beurteilung von Leistungserbringergruppen, Krankenhäusern oder Versicherungsprodukten geht. Als Basisarbeit zur Transparenzverbesserung gilt es darüber hinaus die wichtigsten medizinischen Behandlungsverfahren kritischen Effektivitäts- und Effizienzmessungen zu unterziehen, damit gesicherte Aussagen auf den verschiedenen Ebenen der Leistungserstellung bezüglich bestimmten medizinischen Interventionen getroffen werden können.

Ein weiterer wesentlicher Punkt des Gesamtkonzeptes ist die Entwicklung und Umsetzung eines interdisziplinären Konzeptes zur Prävention und Gesundheitsförderung. Bereits heute leistet die GKV einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dies allerdings nicht im Rahmen eines abgestimmten Gesamtkonzeptes mit anderen Beteiligten (wie z.B. der Bildungssektor, der öffentliche Gesundheitsdienst, etc.). Da die Umsetzung einer übergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungskonzeptes für die langfristige Zukunft der GKV aber von großer Wichtigkeit sein kann, soll ein entsprechend umfassendes und mit allen Beteiligten abgestimmtes Konzept erarbeitet und umgesetzt werden. Die Finanzierung der GKV soll zukünftig weiterhin auf einer grundsätzlich solidarischen Basis erfolgen. Allerdings erscheint es aufgrund einer stetig sinkenden Lohnquote sinnvoll, die Beitragsbemessungsgrundlage um die Einkommen aus Kapitalerträgen sowie aus Vermietung und Verpachtung zu erweitern. Bezüglich des Leistungskataloges werden versicherungsfremde Leistungen zukünftig aus der GKV ausgegliedert und entweder steuerfinanziert oder in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen. Der Anspruch auf Zahnersatz (Ausnahme nach Unfall) ist ebenfalls als gesetzliche Leistung aus dem Katalog der GKV zu entfernen, da eine Leistungsanspruchnahme stark durch präventive Maßnahmen des Versicherten beeinflusst werden kann. Bei Bedarf kann dieser Leistungsbereich privat Zusatzversichert werden.

Aufgrund dieser Zusammenfassung wird die Komplexität des GKV-Versorgungssystems bereits deutlich und zugleich wird auch die Notwendigkeit eines strategischen Ansatzes, so wie er dieser Arbeit zugrunde liegt, unterstrichen. Denn erst mit der Übertragung des Konzeptes des strategischen Managements auf die GKV-Branche wird sichergestellt, dass auch tatsächlich die langfristige Sicherung des Systems im Vordergrund steht. Damit wird eine

deutliche Abgrenzung zum kurzfristigen, operativen Systemreparieren geschaffen. Weiterhin fördert die strukturierte Vorgehensweise im strategischen Managementprozess eine möglichst breite Betrachtung der Einfluss- und Entscheidungsparameter und integriert zugleich auch den gesamten Prozess von der Situationsanalyse bis zum Controlling der Umsetzungsphase. Einmal implementiert entsteht so ein Managementkreislauf, wo Controllingergebnisse laufend in die Weiterentwicklung des Systems einfließen und zu einer ständigen Verbesserung führen. Eine solche Vorgehensweise unterscheidet sich stark vom Vorgehen der aktuellen Politikverantwortlichen, geht aber auch deutlich über die derzeit diskutierten Reformvorschläge hinaus.

Literaturverzeichnis

- Abplanalp, P., Lombriser, R. (2000): Unternehmensstrategie als kreativer Prozess, München
- Albring, M., Wille, E. (1999): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt
- Amelung, V., Schumacher, H. (1999): Managed Care, Wiesbaden
- Andersen, H.H., Henke, K.H., Schulenburg, J.M. (1992): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Berlin
- Anshoff, I. (1976): From Strategic Planning to Strategic Management, London
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, in: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen, S. 3-14
- Arnold, M. (1995): Überlegungen zu Managed Care, Modeerscheinung oder Ärzte Zeitung (2001): DRGs: Experten empfehlen eine kleine Lösung, in: Ärzte Zeitung vom 03.04.2001
- Arnold, M. (1997): Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen, in: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 207-220
- Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K.-J. (1997): Managed Care, Stuttgart
- Badura, B., Sigrist, J. (1999): Vorwort, in: Badura, B., Sigrist, J. (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim, S. 9-12
- Bahrs, O., et al. (2001): Ärztliche Qualitätszirkel, Köln
- Ballast, T. (1999): Fragen und Antworten zur ärztlichen Vergütung, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 05/1999, S. 759-763
- Ballast, T., Motzkus B. (2002): Anforderungen an Disease Management-Programme, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 07/2002, S. 263-266
- Baumann, M., Stock, J. (1996): Managed Care - Impulse für die GKV?, Düsseldorf
- Baumberger, J. (1996a): Die Entstehung der HMO in der Schweiz, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/1996, S. 28-33
- Baumberger, J. (1996b): Übertragbarkeit von Managed Care – Strukturen und Techniken aus den USA am Beispiel der Schweiz, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke, S. 53-66

- Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care, Stuttgart
- Beck, K., Keller, B. (1998): Risikoselektion in Hausarztmodellen, in: Managed Care, Ausgabe 04/1998, S. 30-32
- Beck, K. (2001): Capitationberechnung in der Schweiz: The State of the Art, in Managed Care, Ausgabe 01/2001, S. 12-16
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt
- Behrens, J., u.a. (1996): Die Hoffnung auf Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Behrens, J., u.a. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden, S. 11-20
- Beske, F., Thiede, M., Hallauer, F. (1996): Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen, Kiel
- Beske, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Birg, H. (2000): Perspektiven der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und Europa - Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme, Unterlagen für den Vortrag bei der Sachverständigenanhörung des Bundesverfassungsgerichtes in Karlsruhe am 04.07.2000
- Bleicher, K. (1991): Dimensionen integrierten Managements, Frankfurt
- Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (2000): Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh
- Boetius, J., Wiesemann, H. (1998): Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung, Köln
- Brand, H., Schmacke, N. (1998): Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwarz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 259-268
- Brandenburger, A. Nalebuff, B. (1996): Co-opetition, New York
- Braun, W., Schaltenbrand, R. (1996): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke
- Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt
- Brenner, G., Weil, T., Battistella, R. (1996): Sichert der Wettbewerb im Gesundheitswesen den Zugang für alle?, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe 11-12/1996, S. 34-37

- Brenner, M. (1998): Geleitwort, in: Schwarz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 385-411
- Brentano-Motta, M. (1998): Pharma, Apotheken und Medikamente, in: Egli, M. (Hrsg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, o.O., Punkt 2.6, S. 1-14
- Breyer, F., Zweifel, P. (1997): Gesundheitsökonomie, Berlin
- Breyer, F., Leidl, R. (1997): Wozu dient Evaluation im Gesundheitswesen?, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden, S. 121-138
- Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I., Walter, U. (1998): Gesundheitsförderung, in: Schwarz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 141-170
- Buchner, F., Wasem, J. (2000): Zur Berücksichtigung von Morbidität in den Vergütungen von Managed-Care-Organisationen in den USA – Erfahrungen für die Vergütung der integrierten Versorgung in Deutschland, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Ausgabe 05/2000, S. 89-97
- Bührer, A. (2001): Sinnvolle Parameter für die Morbiditätsklassifizierung, in: Managed Care, Ausgabe 01/2001, S. 21-23
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001): Statistik über die Krankenversicherung 2000, Bern
- Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (1999): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 202 Seite 17.999 vom 26.10.1999
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbessert Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, Bonn, Berlin
- Burger, S. (1998): Auf der Suche nach qualitativem Wachstum, in: Die BKK, Ausgabe 02/1998, S. 47-54
- Busch, S., Pfaff, A., Rindsfüßer, C. (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf
- Busch, S., Pfaff, M. (1999): Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 259-276
- Cassel, D. (1998): Einnahmeentwicklung der GKV und Finanzierungsoptionen, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 202-214

- Cassel, D. (1999): Gesundheitspolitische Eckpunkte: Gut gemeint, aber (noch) nicht gut gemacht, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Ausgabe 05/1999, S. 4448
- Cassel, D. (1999): Ausgewählte Finanzierungsalternativen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 234-236
- CDU Deutschland (1998): Zukunftsprogramm der CDU (Beschluss des 10. Parteitag der CDU Deutschlands vom 17.-19.05.1998
- CDU Deutschland (2001): Programm der faire Sozialstaat - Eine neue Politik für eine neue Zeit von 2001
- Champy, J. (1995): Reengineering im Management, München
- Chandler, A. (1962): Strategy and Structure, Cambridge
- Chrobok, R. (1996): (Geschäfts-) Prozessorganisation, in: zfo, Heft 3, S. 190-191
- Claes, C., Mahlfeld, Y. (1999): Disease Management und Pharmaindustrie, Hannover
- Clausewitz von, C. (1952): Vom Kriege, Bonn
- CSS Versicherung (1997): Risikoausgleich - Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, Luzern
- Davenport, T. (1993): Process Innovation, Boston
- Diener, F. (1999): Sonstige veranlasste Leistungen, Chancen und Risiken des europäischen Arzneimittelmarktes – Die Sichtweise der Apotheker, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 102-116
- Doemens, K., Bunzenthal, R. (2001): SDP-Experte will Ärzte entmachten, in: Frankfurter Rundschau vom 10.08.2001
- DPM / Der Pharmazeutische Markt (2002), Ausgabe April, o.O.
- Duden (1998): Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, Mannheim
- Düllings, J. (1996): Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, Heidelberg
- Ecker, T. (2000): Solidarität unter Managed Care, Bayreuth
- Eekhoff, J. (1999): Vortragsreihe: Weltwirtschaft im Umbruch vom 03.05.1999, Universität Köln
- Egli, M. (1998): Krankenversicherungen, in: Egli, M. (Hrsg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, o.O., Punkt 2.3, S. 1-10

Ehlers, A. (1998a): Der Leistungskatalog der Krankenkassen im Lichte des Solidaritätsprinzips, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 150-164

Ehlers, A. (1998b): Vorwort, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (Hrsg.): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Berlin, Vorwort

Ehlers, A., (1999): Sonstige veranlasste Leistungen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 124-134

Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (1998): Managed Care-Strategien zur Verbesserung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Krankenhausversorgung, in: Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart, S. 3-43

Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (1998): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart,

Enquete-Kommission (1998): Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik", Bonn

Epstein, A. (1997): Leistungsberichte zur Qualität – Prototypen, Probleme und Aussichten, in: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 149-156

Ewers, M. (1995): Case Management, Berlin

Firnkorn, H. (1998): Der Leistungskatalog im Lichte des Solidaritätsprinzips, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 224-240

Frei, A. (1998): Kennzahlen, Kosten, Finanzierung, in: Egli, M. (Hrsg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, o.O., Punkt 1.4, S. 1-14

Fries, J.F. (1980): Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: The New England Journal of Medicine, Band 303, S. 130-135

Gäfgen, G. (1998): Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden

Gaitanides, M., u.a. (1994): Prozessmanagement, München

Gerdemann, W. (1996): Wirkung und Bedeutung des GSG für die Krankenkassen, in: Mayer, E., Walter, B. (Hrsg.): Management und Controlling im Krankenhaus, Stuttgart

Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (1998): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Berlin

Glaeske, G. (1996): Public Health aus GKV-Sicht, in: Public Health Nr.12, Ausgabe 04/1996, S. 10

Glaeske, G. (1998): Strukturverträge und Modellvorhaben – neue Tätigkeitsfelder für die GKV, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 94-123

Glaeske, G., Stillfried, D. (1996): Einleitende Bemerkungen zum Thema Disease Management: Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der GKV, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 02/1996, S. 49

Graf, J. (2000): Wechselwirkung zwischen Kassenwahlfreiheit, Risikostrukturausgleich und ärztlichem Vergütungssystem, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe 09-10/2000, S. 59-66

Greulich, A., Berchtold, P., Löffel, N. (2000): Disease Management, Heidelberg

Grossmann, R. (1996): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, in: Prävention, Ausgabe 03/1996, S. 46-48

Güntert, B. (1997): Managed Care in der Schweiz - Eine Erfolgsstory, in: Public Health Nr.18, Ausgabe 10/1997, S. 7-9

Güntert, B. (2000): Patientenvertretung in Deutschland – eine kritische Analyse aus ökonomischer Sicht, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 10, Köln, S. 167-180

Güntert, B., Fozouni, B. (2000): Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen - die Triade zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation, in: Das Gesundheitswesen, Ausgabe 62, S. 559-567

Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H. (2000): Gesundheitsökonomie, Stuttgart

Hammer, M., Champy, J. (1993): Reengineering the Corporation, New York

Handelblatt (2001): Schmidts Krankenkassen-Reform verzögert sich, in: Handelsblatt vom 30.07.2001-12-26

Haubrock, M. (2000): Managed Care, Bern

Hausarztverein WintiMed (1999): Das Hausarztssystem WintiMed: Bilanz und Auswertung nach vier Jahren, in: Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe Nr. 27, S. 1663-1668

Heinz, R. (2001a): Mit strategischem Management erfolgreich steuern. Die Qualität entscheidet über den Erfolg des Managements, in: VOP-Sonderheft 01/2001, S. 9-11

- Heinz, R. (2001b): Politisches Controlling, in: KGStINFO Nr. 01/2001, S. 5-7
- Heinz, R. (2001c): Steuerung ist machbar. Sieben Fragen und Antworten zum Politischen Controlling, in: Demokratische Gemeinde Nr. 04/2001, S. 8-9
- Hess, K. (1999): EQUAM: Externe Qualitätskontrolle in Managed Care, in: Managed Care, Ausgabe 01/1999, S. 14-15
- Hildebrandt, H., Domdey, A., Fuchs, G. (1995): Health maintenance Organizations in den USA: Eine Einführung, in: Die BKK, Ausgabe 12/1995, S. 722-732
- Hildebrandt, H., Domdey, A. (1996): Disease Management, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 02/1996, S. 50-54
- Hof, B. (1995): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln
- Hoffmeyer, U. (1994): Gesundheitsreform in der Schweiz, Basel
- Hondrich, K.O., Koch-Arzberger, C. (1992): Solidarität in der modernen Gesellschaft, Frankfurt
- Huber, E. (1995): Das Gesundheitssystem neu denken!, in: Public Health, Ausgabe 10/1995, S. 8-10
- Huber, F. (1998): MediX Ärzte AG: Die erste ärzteigene HMO-Gruppenpraxis, Managed Care, Ausgabe 02/1998, S. 21-22
- Huber, F., u.a. (1997): Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedikon, Veröffentlichung der SanaCare AG Winterthur
- Huber, F. (2001): EQUAM - die Stiftung für Externe Qualitätskontrolle in Managed Care, Managed Care, Ausgabe 05/2001, S. 18-19
- Hustadt, A. (1998): Daten und Analysen zur Honorarsituation in der vertragsärztlichen Versorgung, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 03/1998, S. 129-132
- IGES, Cassel, D., Wasem, J. (2000): Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, o.O.
- Igl, G., Naegele, G. (1999): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, München
- Institut für angewandte Kommunikation und Sozialforschung (1998): Ärzte im Netz, Neuss
- Jung, K. (2001): Das Spannungsfeld zwischen den Ansprüchen der Versicherten nach dem GKV-Leistungskatalog und der politischen Vorgabe der Beitragsstabilität, Referat auf der Pharmafachtagung, Königswinter

Jung, R., Kleine, M. (1993): Management, München

Kane, R.L., Evanes, J.G., Mc Fadyen, D. (1990): Improving the Health of Older People: A World View, Oxford, New York, Tokio

Kane, R.L., Radoserich, D.M., Kaupel, J.W. (1990): Compression of Morbidity: Issues and Irrelevances, in: Kane, R.L., Evanes, J.G., Mc Fadyen, D. (Hrsg.): Improving the Health of Older People: A World View, S. 30-49

Kaplan, S., Norton, D. (1997): Balanced Scorecard, Stuttgart

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001): Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2000; Köln

Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg (2002): Unterschiedliche Motivationen führen zu unterschiedlichen Netzen - Direktverträge belasten die GKV mit einem systemfremden Element, unter: www.kvnb.de/neu/publi/forkont/7wdbn.htm

Kayser, B., Schwelfing, B. (1998): Managed Care und HMOs, Bern

Kickbusch, I. (1996): 10 Jahre nach Ottawa - Herausforderungen für die Zukunft, in: Prävention, Ausgabe 03/1996, S. 35-36

Klemm, H. (1999): Ärztliche Bedarfsplanung, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 49-57

Klusen, N. (1999): Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 277-282

Klusen, N. (2000): RSA-Vorschläge lösen die Probleme nicht, in: Soziale Sicherheit, Ausgabe 12/2000,

Klusen, N. (2001): Mehr Gerechtigkeit im Wettbewerb der gesetzlichen Kassen?, in: Wirtschaftskurier, Ausgabe 04/2001

Knappe, E. (1997): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden

Knappe, E. (1999): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden

Knappe, E. (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, europäische Integration, in: Die BKK, Ausgabe 12/2000, S. 527-533

Knieps, F. (1996): Domestizierung von Managed Care, in: Kapitel 5 des Krankenhaus-Reports 1996, S. 1-7

Koalitionsvereinbarung der Bundesregierungsparteien (2002) Erneuerung - Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit, Berlin

Kochen, M. (1994): Auf dem Weg zu einem Primärarztsystem in Deutschland?, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 09/1994, S. 343-346

Köck, M. (1996): Das Gesundheitssystem in der Krise: Herausforderungen zum Wandel für System und Organisation, in: Heimerl-Wagner, Köck (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen, Wien

König, H. (1995): Disease Management: Lässt sich Krankheit in Deutschland managen, in: Die Pharmazeutische Industrie 57, Ausgabe 11/1995, S. 897-901

Kongstvedt, P. (1996): The Managed Health Care Handbook, Aspen

Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (1998): Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung, Solothurn

Kostorz, P. (1998): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt

Kotler, P., Zaltman, G. (1971): Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, in: Journal of Marketing, Heft 35, S. 3-12

Kotler, P. (1995): Marketing-Management, Stuttgart

Krauth, C. et al. (1997): Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Hannover

Krauth, C., et al. (1998): Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe, 11-12/1998, S. 10-22

Lankers, H. (1997): Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten, Bonn

Laschet, H. (1999): Veränderte Versorgungsstrukturen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 135-137

Lauterbach, K. (1996): Disease Management - Definition, Konzepte und Umsetzung, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke, S. 183-191

Lauterbach, K., Lindlar, M. (1999): Informationstechnologien im Gesundheitswesen, Bonn

Lauterbach, K., Wille, E. (2000): Gutachten im Auftrag des VdAK, AEV, AOK-BV und IKK-BV zum Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, o.O.

- Lauterbach, K., Schrappe, M. (2001): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Stuttgart
- Lauterbach, K., Stock, J. (2001): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik - Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel?, Köln
- Leidl, R. (1998): Die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung, in: Schwartz, F., u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München
- Leiter, J., Loest, H., Thielscher, C. (1997): Managed Care - Ansätze zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden Baden, S. 55-77
- Leopold, D. (1999): Die Geschichte der sozialen Versicherung, Sankt Augustin
- Lepping, M. (1996): Disease Management – Definition, Konzepte und Umsetzung, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke, S. 141-148
- Leyerle, B. (1994): The private regulation of American health care, New York
- Light, D. (1997): Gründe für den Kostenanstieg und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen: Die Vereinigten Staaten und Managed Care, in Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 35-51
- Linblom C. (1968): The Policy-Making-Process, Englewood Cliffs (New York)
- Männer, L. (1997): Managed-Care-Modelle für chronisch Kranke in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden, S. 93-112
- Marti, C. (1998): Gesundheitswesen Schweiz – im Spannungsfeld zwischen Gesundheit, Ethik und Ökonomie, in: Egli, M. (Hrsg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, o.O., Punkt 1.1, S. 1-9
- Mathis, G., Herren, R. (1998): Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: Erste breitflächige Auswertungen, in: Managed Care, Ausgabe 01/1998, S. 8-10
- Mayer, E., Walter, B. (1996): Management und Controlling im Krankenhaus, Stuttgart
- McKeown, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin, Traum, Trugbild, Nemesis, Frankfurt
- McKinsey (1996a): Neues Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte, in: BNK Bundesverband Niedergelassener Kardiologen, Ausgabe 02/1997, S. 117-122

McKinsey (1996b): Neues Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte, in: BNK Bundesverband Niedergelassener Kardiologen, Ausgabe 03/1997, S. 174-175

Medienmitteilung des Bundesamt für Sozialversicherung (6.2000): Krankenversicherung: Neues Abgeltungsmodell für Medikamente tritt 2001 in Kraft,

Meffert, H. (1997): Dienstleistungsmarketing, Münster

Meyer, A. (1998): Handbuch Dienstleistungsmarketing, Stuttgart

Miller, R.H., Luft, H.S. (1994): Managed Care Plan Performance since 1980, in: JAMA, Band 271, S. 1512-1520

Mintzberg, H. (1999): Strategy Safari: eine Reise durch die Wildnis des strategischen Management, Wien

Monka, T. (1999): Fallmanagement in Deutschland, in: f&w Ausgabe 04/1999, S. 347-350

Morone, J. (1996): Politik, Märkte und Gesundheitsreform: Amerikanische Gesundheitsvorsorge für Deutschland?, in: Behrens, J., u.a. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden, S. 49-66

Moser, M. (1998): Gesetzliche Grundlagen, in: Egli, M. (Hrsg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, o.O., Punkt 1.2, S. 1-12

Müller, K. (1997): Integriertes Leistungsmanagement der medizinischen Versorgung, Basel

Münnich, F. (1998): Einnahmeentwicklung der GKV und Finanzierungsoptionen, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 75-93

Neubauer, G. (1999): Stationäre Leistungen, Kuren und Rehabilitation, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 87-97

Neubauer, G. (2000): Zukunft der GKV: Herausforderungen und Reformoptionen, in: Die BKK, Ausgabe 11/2000, S. 468-473

Neuffer, A. (1996): Disease Management – Definition, Konzepte und Umsetzung, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke, S. 52-65

Neuffer, A. (1997): Managed Care, Bayreuth

Nippa, M., Picot, A. (1996): Prozessmanagement und Reengineering, Frankfurt

Noack, R. (1995): Arbeit und Gesundheit, in: Die BKK, Ausgabe 06/1995, S. 338-345

Noack, R. (1996): Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health, in: Prävention, Ausgabe 03/1996, S. 37-39

Oberdieck, V. (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, Hamburg

Oberender, P. (1999): Chancen und Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 77-85

Oberender, P., Ecker, T. (1996): Wettbewerb in der GKV, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Ausgabe 07/1996, S. 31-33

Oberender, P., Ecker, T. (1997): „Managed Care“ und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Voraussetzungen und mögliche Auswirkungen, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden, S. 11-29

Oberender, P., Ecker, T. (1998): Gesundheitsökonomie und Managed Care in Deutschland, in: Perspectives on Managed Care, Ausgabe 03-04/1998, S. 7-12

Oberender, P., Fibelkorn, A. (1997): Ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen, Bayreuth

Oberender, P., Hebborn, A. (1998): Wachstumsmarkt Gesundheit, Bayreuth

Oldiges, F. (1999): Gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern erneut im Wandel, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 53-59

o.V. (1999): In den meisten Ländern Europas leisten Patienten schon beim ersten Arztbesuch einen Eigenbeitrag, Ärztezeitung vom 19.04.1999

o.V. (2000): Netzversorgung in der Schweiz: Kooperation kann ein Knackpunkt sein, Ärzte Zeitung vom 14.09.2000

o.V. (2001a): Versicherten in den Betriebskrankenkassen drohen höhere Beiträge, in: Handelsblatt vom 24.08.2001

o.V. (2001b): Kleiner Eingriff, unerwartete Wirkung - Der Vertrag zur Förderung des ambulanten Operierens in Mittelfranken ist gescheitert, in: Nürnberger Nachrichten vom 05.09.2001

o.V. (2001c): Integrierte Versorgung soll 20% pro Patient sparen, in: Ärzte Zeitung vom 19.07.2001

o.V. (2001d) Schmidts Krankenkassen-Reform verzögert sich, in: Handelsblatt vom 30.07.2001

- o.V. (2001e): Notfalls muss die Regierung den Wettbewerb der Krankenkassen zähmen (Interview mit F. Schwartz), in: Berliner Zeitung vom 30.07.2001
- o.V. (2003): EU setzt Eichel unter Druck, in: „Die Welt“ vom 08.01.2003
- Ovretveit, J. (1998): Evaluating Health Interventions, Philadelphia
- Paquet, R. (2002): GKV 2003: Umbau, Anbau oder Rückbau? Die gesundheitsspolitischen Positionen vor der Wahl, in: Die BKK, Ausgabe 07/2002, S. 279-293
- Perleth, M. (2001): Aktuelle Entwicklungen im Bereich Health Technology Assessment - das deutsche HTA-Projekt, in: TA-Datenbank-Nachrichten, Ausgabe 01/2002, S. 22-28
- Peters, T., Waterman, R. (1994): Auf der Suche nach Spitzenleistungen, München
- Pfaff, A. (1998): Finanzierungsoptionen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 59-74
- Pfaff, M., Wassener, D. (1998): Die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (Hrsg.): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Berlin, S. 9-22
- Pfeiffer, D. (1999): Ärztliche Bedarfsplanung, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 58-68
- Plüss, H. (1999): Schweiz - Ein DRG-Versuch, in: Vortrag auf dem Symposium des AOK-Bundesverbandes am 18.05.1999
- Popp, E. (1997): Ökonomie und Versicherungstechnik in der Managed-care-Versorgung, Bayreuth
- Porter, M. (1999): Wettbewerb und Strategie, München
- Praxmarer, L. (1996): Prozess in sechs Phasen, in: BIT Spezial, Heft 10, S. 10-13
- Prognos AG (1999): Gesundheitswesen 2010 - Zwischen Eigenverantwortung und solidarischer Gesundheitsversorgung, o.O.
- Quinn, J.B. (1980): Strategies for Change: Logical Incrementalism, Homewood
- Rachold, U. (2000): Neue Versorgungsformen und Managed Care, Stuttgart
- Rahner, E. (2001): Führt der Arzneimittelpass zu einer deutlichen Verbesserung der Arzneimittelsicherheit?, in: Pharmazeutische Industrie 63, Ausgabe 10/2001, S. 199-201

Rebscher, H. (1994): Der Anspruch: Rationalisierung der Strukturen, um Rationierung zu vermeiden, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 09/94, S. 183-191

Rebscher, H. (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe 01-02/1994, S. 42-48

Rebscher, H. (1998): Risikostrukturausgleich als Voraussetzung für Wettbewerb in der GKV? Was sind die Konsequenzen aus VdAK-Sicht?, in: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (Hrsg.): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Berlin, S. 71-90

Rebscher, H., Walzig, E. (1998): Finanzierungsoptionen aus Sicht der Ersatzkassen, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 40-58

Rebscher, H. (2001): Der Finanzklauf: Von Opfern, Tätern und Unschuldslämmern, in: zm, Ausgabe 20/2001, S.22-25

Roberts, M. (1997): Die Zukunft von Managed Care: virtuelle – nicht vertikale Integration, in Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 123-132

Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health?, in: Bundesgesundheitsblatt Jahrgang 44, Ausgabe 08/2001, S. 751761

Rosleff, F., u.a. (1995): Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care, 1995, o.O.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Jahresgutachten 2002/2003, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden

Salfeld, R., Wettke, J. (2001): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, Berlin

SanaCare AG (1997a): Schlussauswertung Pilotprojekt WintiMed (Interne Netzveröffentlichung), Winterthur

SanaCare AG (1997b) Reglement CareMed-Hausarztversicherung, Winterthur

SanaCare AG (2000) Versichertenbefragung für HMO und HAS, Winterthur

SanaCare AG (2001) Neue Rahmenvereinbarung CareMed - Vereinbarungen zwischen CONCORDIA, Wincare, Krankenkasse SBB und der Ärzteorganisation, Winterthur

SanaCare AG (1999): Jahresauswertung 1999, in: Rundbrief der SanaCare, Ausgabe 01/2001

Sauermann, P. (1999): Pro und Contra von Hausarztmodellen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 162-164

Schel-Adlung, X. (1998): Kostensteuerung durch Verhaltensanreize?, in: Die BKK, Ausgabe 02/1998, S. 89-97

Schirmer, H. (1998): Anmerkungen zum Solidaritätsprinzip, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 165-170

Schmeink, W. (1999): Sonstige veranlasste Leistungen, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 98-101

Schmidt, E., Malin, E. (1996): Beitragsrückzahlung in der GKV – Überlegungen zu Effekten einer Erprobungsregelung und erste empirische Ergebnisse, in: Behrens, J., u.a. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden, S. 143-162

Schmidt, U., Rede von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 05.12.2001 in Berlin

Schmidt, U., Interview mit Ulla Schmidt in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ am 20.01.2003

Schönbach, K.H. (1994): Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe 01-02/1994, S. 19-27

Schönbach, K.H. (2001): Disease-Management-Programme im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die BKK, Ausgabe 07/2001, S. 311-317

Schröer, A. (1995): Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Krankenkassen, in: Die BKK, Ausgabe 06/1995, S. 331-337

Stillfried, D. (1997): Managed-Care-Elemente in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 230-251

Schulenburg, J., Greiner, W. (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen

Schulz, E., Kifmann, M, Breyer, F. (2001): Risikostrukturausgleich am Scheideweg - Senkung der Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen sollte vermieden werden, in: DIW-Wochenbericht, Ausgabe 14/2001, S. 1-11

Schwartz, F. (1998a): Der Begriff der medizinischen Notwendigkeit und seine Implikation aus Public-Health-Perspektive, in: KrV, Ausgabe 02/1998, S. 31-34

Schwartz, F. (1998b): Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze, in: Schwarz,

F. u.a. (Hrsg.), : Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 2-73

Schwartz, F. (1999): Der "kundige Kunde" - sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite, in: Die BKK, Ausgabe 07/1999, S. 334-338

Schwartz, F., Busse, R. (1995): Morbidität, Demographie und technischer Fortschritt als Determinanten künftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen, in: Die BKK, Ausgabe 02/1995, S. 80-85

Schwartz, F., Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwarz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 385-411

Schwartz, F., u.a. (1998) : Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München

Schwartz, F., Siegrist, J., Troschke, J. (1998): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?, in: Schwarz, F. u.a. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München, S. 8-31

Schwartz, F., Krauth, C. (1999): Grenzen und Risiken des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 87-93

Schwartz, F. (1999): Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen, in: Referat auf der Tagung von TK und BKK zum Praxisnetz Berlin am 14.02.1999 in Königswinter

Schwartz, F. (2001): Notfalls muss der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zurückgedrängt werden, in: Berliner Zeitung vom 13.07.2001

Schwoerer, P., u.a. (1999): Öffnung von Krankenhäusern für die fachärztliche Versorgung, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 156-164

Seitz, R., König, H., Stillfried, D. (1997): Grundlagen von Managed Care, in: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 3-23

Shortell, S. (1997): Die Neue Welt von Managed Care: Die Entwicklung organisierter Gesundheitsversorgungssysteme, in: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 108-122

Simon, H. (2000): Das Grosse Handbuch der Strategie-Konzepte, Frankfurt

Sonntagszeitung Zürich (1999): Das Hausarztmodell ist ein Flop, in Sonntagszeitung Zürich vom 28.11.1999

SPD Deutschland (1989): Grundsatzprogramm der SPD, Kapitel IV, Berlin,

Steinhaus, L., Hohmann, J. (1999): Verwandtschaft unverkennbar - Systemvergleich Deutschland/Niederlande, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 04/1999, S. 30-35

Stillfried, D. (1998): Reformoptionen im Gesundheitswesen – Der Leistungskatalog der GKV im Lichte des Solidaritätsprinzips, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 171-201

Stillfried, D. (2000): Das Versicherungsrisiko als Verteilungskriterium knapper Ressourcen in der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, Ausgabe 09-10/2000, S. 24-33

Stone, D. (1996): Das strategische Verhalten der Versicherer unter Marktreform: die politischen und kulturellen Auswirkungen von Wettbewerb, in: Behrens, J., u.a. (Hrsg.): Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland, Baden-Baden, S. 35-48

Straub, C. (2001): Disease-Management-Programme als des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Ausgabe 06/2001, S. 121-122

Streit, R. (2000): GRAT/TarMED im Banne der Statistik und unter dem Fluch der Kostenneutralität, in: Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe Nr. 29-30, S. 1615-1617

SVRKAiG (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen (Kurzfassung), Baden-Baden

SVRKAiG (1996): Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I. Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung (Kurzfassung), Baden-Baden

SVRKAiG (1997): Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II. Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung (Kurzfassung), Baden-Baden

SVRKAiG (2000/2001a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation (Kurzfassung), Baden-Baden

SVRKAiG (2000/2001b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege (Kurzfassung), Baden-Baden

SVRKAiG (2000/2001c): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III., Über-, Unter- und Fehlversorgung (Kurzfassung), Baden-Baden

Szathmary, B. (1999): Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt

Szecsényi, J. (2001): Was ist Qualitätsförderung?, in: Bahrs, O., et al. (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel, Köln, S. 71-86

Szecsényi, J. (2001): Welche Chancen bieten Qualitätszirkel in neuen Versorgungsmodellen?, in: Bahrs, O., et al. (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel, Köln, S. 299-308

Szecsényi, J., Gerlach, F. (2002): Warum sollen Disease Management-Programme hausarztorientiert sein? - Gründe, Grenzen und Herausforderungen, in: AOK Bundesverband (Hrsg.): Disease Management-Programme im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches, Bonn, S. 20-25

Szucs, T. (1997): Medizinische Ökonomie, München

Techniker Krankenkasse (1997): Solidarität und Wettbewerb statt Subvention, Hamburg

Techniker Krankenkasse (1999): Warum verordnet mir mein Arzt mein Medikament nicht mehr?, Hamburg

Techniker Krankenkasse (2001): Medizinische Leistungen im EU-Ausland, Repräsentative Mitgliederbefragung, Hamburg

Thalmann, V.: Vorwurf der Billigmedizin entkräften, Beitrag auf dem Homepage der MediX AG (www.medix-hmo.ch)

Thiemann, H., Voss, H. (1998): Clinical Pathways: Hilfsmittel für ressourcenschonendes Handeln in der Medizin, in: Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, Stuttgart, S. 175-186

Trautmann, P. (2001): EQUAM – Hilfe zur Selbsthilfe, in: Managed Care, Ausgabe 05/2001, S. 20-21

Trautner, C., Icks, A. (1996): Evaluation von Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung bei Diabetes, in: Braun, W., Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmaökonomie und Disease Management, Witten/Herdecke, S. 132-140

Treichler, Schmidt (1996): So klappt Business Reengineering, in: Harvard Business manager, Ausgabe 3, Seite 118-121

Ulrich, P., Fluri, E. (1995): Management, Bern

Ulrich, V. (1998): Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000, Greifswald

Verband der Angestellten-Krankenkassen (2001): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens, Siegburg

Verbrugge, L.M. (1984) Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, Band 62, S. 475-519.

Wähling, S., Schulenburg, J.M. (1998): Der Wettbewerb im Gesundheitssystem definiert die Rollen neu, in: Perspectives on Managed Care, Ausgabe 03-04/1998, S. 13-16

Wasem, J. (1997): Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung, in Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K. (Hrsg.): Managed Care, Stuttgart, S. 7691

Wasem, J. (1999): Staatliche Steuerung des Gesundheitswesens – Historie und Effekte von Kostendämpfungsmaßnahmen und Gesundheitsreformen, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 9-30

Weiner JP, et al. (1998): The Development of a Risk-Adjusted Capitation Payment System: The Maryland Medicaid Model, in: Journal of Ambulatory Care Management, Ausgabe 21, S. 29-52.

Weis. H. (1995): Dienstleistungs-Marketing, Ludwigshafen

Werner, B. (1999): Leitlinien und Kostenmanagement im Gesundheitswesen, in: Die Ersatzkasse, Ausgabe 07/1999, S. 846-851

WHO (2001): The World health report 2000: health systems: improving performance, Genf

Wilkerson, J. Devers, K., Given, R. (1997): Competitive Managed Care, San Francisco

Wille, E. (1997): Koreferat zu „Managed Care“ und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Voraussetzungen und mögliche Auswirkungen, in: Knappe, E. (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden, S. 30-33

Wille, E. (1998): Resümee. Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfe adaptiver Reformen, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 241-261

Wille, E., Albring, M. (1998), Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt

Wille, E. (1999): Resümee: Die Suche nach einem effizienten und adäquat finanzierten Gesundheitswesen in einem zusammenwachsenden Europa, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 49-57

Wille, E. (1999): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden

- Wille, E. (1999): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 95-155
- Wismar, M., Busse, R., Schwartz, F.W. (1998): Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen (Diskussionspapier Nr. 14) Hannover
- Wöhe, G. (1993): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, München
- Womack, J. (1995): Neues von Hammer und Champy, in: Harvard Business Manager, Ausgabe 1/1995, S. 15-17
- World Bank Group (1993): The World development report 1993, o.O.
- Yates, P. (1999): Netzstrukturen, Vorstellungen von Strukturen und Trägerschaften zukünftiger Versorgungsnetze in der Schweiz, in: Managed Care, Ausgabe 01/1999, S. 16-18
- Zelman, W. (1996): Changing Health Care Marketplace, San Francisco
- Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (1999): Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis der Berliner Vertragsärzte, Köln
- Zipperer, M. (1999): Ärztliche Bedarfsplanung, in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen, Frankfurt, S. 69-74
- Zuellig, C. (1998): Qualitätsoptimierung und Kostendämpfung im Medikamentenbereich, in: Managed Care, Ausgabe 03/1998, S. 5-9
- Zweifel, P., Zysset-Pedroni, G. (1992): Was ist Gesundheit und wie lässt sie sich messen?, in: H.H. Andersen, K.H. Henke, Schulenburg, J.M. (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte, Berlin, S. 39-62