

RPG

Band 20 | Heft 1 | 2014

1 | 2014

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Der Pflegenotstand aus verfassungsrechtlicher Sicht**
- **Der Gesundheitsfonds: Seine Entstehung und Einführung sowie seine Auswirkungen**
- **Transferis – Leadership in Healthcare Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?**
- **21. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium**
- **Aus der Rechtsprechung/ Vertragsarztrecht**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Andreas Meusch
Susanne Moritz
Holger Pressel
Günther Schneider
Jürgen Stoschek

Editorial

Verbesserungen im Bereich der Pflege liegen dem neuen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nach eigenem Bekunden besonders am Herzen. Mit einer besseren Personalausstattung in den Einrichtungen wolle die Bundesregierung dazu beitragen, dass der individuellen Situation eines Pflegebedürftigen besser Rechnung getragen werden kann, erklärte der Minister im Deutschen Bundestag.

Dass in diesem Bereich großer Handlungsbedarf besteht, belegt die Dissertation von Dr. Susanne Moritz über *Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen*, die Mitte Januar bei der Mitgliederversammlung in Dresden mit dem 18. Wissenschaftspreis der GRPG ausgezeichnet wurde. Diese Arbeit ist nicht nur hochaktuell, sondern hat auch weit über die Fachkreise hinaus für Aufsehen gesorgt. Eine Zusammenfassung finden Sie in diesem Heft.

Beim Thema Gesundheitsfonds, der vor fünf Jahren eingeführt wurde, ist die Politik offenbar inzwischen zur Tagesordnung übergegangen. Anfangs heiß umstritten, scheint der Gesundheitsfonds heute weitgehend akzeptiert und nichts deutet derzeit darauf hin, dass er wieder von der Bildfläche verschwinden wird, meint Dr. Holger Pressel in seinem sehr lesenswerten Beitrag über die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds.

Aufmerksamkeit verdient auch das Projekt TRANSFERIS – Leadership in Healthcare, das in Kooperation mit der GRPG neue Netzwerke im Gesundheitswesen knüpft. Auch dazu finden Sie einen ausführlichen Bericht in diesem Heft.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Wissenschaftspreis

Der Pflegenotstand aus verfassungsrechtlicher Sicht
Susanne Moritz 3

Übersicht

Der Gesundheitsfonds: Seine Entstehung und Einführung sowie seine Auswirkungen
Holger Pressel 9

Transferis – Leadership in Healthcare

Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance? 23

Mitteilungen der Gesellschaft

21. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium
Jürgen Stoschek 30

Aus der Rechtsprechung /

Vertragsarztrecht

Günther Schneider 8, 22

Buchbesprechung

Andreas Meusch 31

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. iur. Dr. med.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuberraße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2014 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Susanne Moritz

Der Pflegenotstand aus verfassungsrechtlicher Sicht¹

Die Politik sieht sich seit Jahren Forderungen nach tiefgreifenden Reformen der sozialen Pflegeversicherung ausgesetzt. Eine grundlegende Neuausrichtung der Pflege scheint umso dringlicher, als die mediale Berichterstattung der letzten Jahre gehäuft von untragbaren und menschenunwürdigen Zuständen in der Altenpflege handelt. Diese

geschilderten Missstände greift der Beitrag auf und untersucht zunächst deren Erscheinungsformen, deren empirische Belegbarkeit sowie deren Ursachen. Das Hauptaugenmerk liegt auf der verfassungs- und verfassungsprozessrechtlichen Relevanz der Pflegemissstände.

I. Missstände in der stationären Altenpflege²

1. Pflegemissstände

Was unter dem Begriff des Pflegemissstandes zu verstehen ist, wird in der einschlägigen Literatur nicht abschließend definiert. Vorliegend wird der Begriff Pflegemissstand verstanden als jeder regelwidrige und unwürdige Zustand in den stationären Pflegeeinrichtungen. Darunter fallen neben der Anwendung von Gewalt auch die mangelhafte pflegerische Versorgung sowie eine schlechte Lebensqualität in den Pflegeheimen im Allgemeinen.

a. Gewalt gegen Pflegebedürftige

Die auftretenden Formen von Gewalt in der stationären Altenpflege sind vielfältig, lassen sich aber grob untergliedern in direkte und indirekte (strukturelle und kulturelle) Gewalt. Direkte Gewalt kann

sich in physischer³ wie psychischer⁴ Misshandlung der Pflegebedürftigen sowie in der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen⁵ zeigen, aber auch in der Vernachlässigung der zu Pflegenden⁶. Weniger offensichtlich tritt die indirekte Gewalt in Erscheinung, obgleich insbesondere strukturelle Gewalt gravierenden negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Heimbewohner hat. Gemeint sind damit vorrangig die starren und wenig auf das Individuum zugeschnittenen Organisationsstrukturen in den Pflegeheimen. Die Heimbewohner unterliegen oftmals einem fest vorgegebenen Tagesablauf, der sämtliche Lebensbereiche umfasst und individuellen Bedürfnissen kaum Raum lässt.⁷ Daneben sind schon die allgemeinen Lebensbedingungen in

vielen Heimen denkbar ungünstig. Exemplarisch können die hohe Zahl an Zwei- oder Mehrbettzimmern⁸ in den Heimen sowie die geringe durchschnittliche Versorgungsdauer pro Bewohner⁹ angeführt werden. Schon hieraus lässt sich ableiten, dass eine aktivierende Pflege und intensive Betreuung der Pflegebedürftigen sowie persönliche Zuwendung kaum zu realisieren sind.

2. Empirische Belegbarkeit¹⁰

Dass die Berichterstattung der Medien keine Einzelfälle wiedergibt, sondern Missstände in stationären Pflegeeinrich-

8 Der Anteil der Doppel- oder Mehrfachbelegung der Bewohnerzimmer beträgt knapp 50 %, vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 1. Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dheimbericht%2csprache%3dde%2crgb%3dtrue.pdf>, S. 62 f. (abgerufen am 07.01.2014).

9 Nach einer Studie des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen entfällt auf jeden Pflegebedürftigen ein Leistungsumfang von 133 Minuten pro Tag an unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen. Der zeitliche Anteil der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen beträgt 83 Minuten, vgl. Wingenfeld, K., Versorgungsumfang und Struktur des Leistungsgeschehens, in: Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, S. 61 ff.

10 Das Kapitel beruht auf Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 32 ff.

1 Der Beitrag beruht auf der Dissertation „Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen“ von Susanne Moritz, erschienen im Nomos-Verlag in der Reihe „Schriften zum Sozialrecht“, Band 29.

2 Das Kapitel basiert auf: Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 17 ff.

3 Beispiele für die Anwendung physischer Gewalt sind Handgreiflichkeiten wie Schlägen, Schubsen oder Medikamentenmissbrauch.

4 Psychische Misshandlung liegt beispielsweise in der Anwendung verbaler Gewalt oder im Entzug persönlicher Zuwendung.

5 Hierzu zählen etwa die Fixierung am Bett durch Bettgitter oder Leibgurte oder das Absperren von Stations- oder Haustüren.

6 Vernachlässigung meint die verzögerte oder unterlassene Vornahme von gebotenen Pflegemaßnahmen.

7 Darunter fallen neben fest vorgegebenen Essens- und Schlafenszeiten auch die Freizeitgestaltung. Goffman prägte in Beschreibung der realen Auswirkungen struktureller Gewalt in den Heimen zutreffend den Begriff der „totalen Institution“ (Goffman, E., Asyle, S. 11).

tungen flächendeckend auftreten, belegen zahlreiche, unter anderem auch durch die Regierung in Auftrag gegebene Studien. Empirisch belegbar ist sowohl die regelmäßige Anwendung von Gewalt gegen die Pflegebedürftigen¹¹ als auch die schlechte Pflegequalität in den Pflegeheimen¹². Bis zu 80 % der im Rahmen von zwei Studien anonym befragten Pflegekräfte gaben an, innerhalb eines Jahres Heimbewohner körperlich oder seelisch misshandelt zu haben.¹³ Die „Freiburger Pflegestudie“ geht davon aus, dass in Deutschland täglich rund 400 000 größtenteils rechtswidrige freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen angewendet werden.¹⁴

11 Dies geht aus folgenden Studien hervor: Freiburger Pflegestudie (Klie, T., in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1998, S. 50 ff.), Görgens Pflegestudie in Hessen und Niedersachsen (Görgen, T., *Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers*, in: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 13 [2001], S. 1 ff.), die von Görgen und Kreuzer durchgeführte kombinierte Pflegestudie (Kreuzer, A./Görgen, T., *Ältere Menschen als Opfer*, in: Egg, R./Minthe, E. [Hrsg.], *Opfer von Straftaten*, S. 173 ff.; Görgen, T., „As if I just didn't exist“ - elder abuse and neglect in nursing homes, in: Wahidin, A./Cain, M. [Hrsg.], *Ageing, Crime and Society*, S. 71 ff.) sowie die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Studie „Beschwerden in der Altenpflege“ (Schmidt, W./Schopf, C., *Beschwerden in der Altenpflege*, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bericht-beschwerden-in-der-altenhilfe.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, abgerufen am 07.01.2014).

12 Dies belegen insbesondere die Pflegequalitätsberichte des MDS sowie die Studie „Beschwerden in der Altenpflege“ (Schmidt, W./Schopf, C., *Beschwerden in der Altenpflege*, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bericht-beschwerden-in-der-altenhilfe.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, abgerufen am 07.01.2014).

13 Vgl. die Studien von Görgen (Görgen, T., *Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers*, in: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 13 [2001], S. 1 ff.) und Görgen und Kreuzer (Kreuzer, A./Görgen, T., *Ältere Menschen als Opfer*, in: Egg, R./Minthe, E. [Hrsg.], *Opfer von Straftaten*, Kriminologische, rechtliche und praktische Aspekte, S. 173 ff.; Görgen, T., „As if I just didn't exist“ - elder abuse and neglect in nursing homes, in: Wahidin, A./Cain, M. [Hrsg.], *Ageing, Crime and Society*, S. 71 ff.).

14 Klie, T., in: *Betreuungsrechtliche Praxis* 1998, S. 50 ff.

Dass ein erheblicher Teil der Pflegeheimbewohner unzureichend pflegerisch versorgt wird, kann auch aus den Pflegequalitätsberichten gefolgert werden, die der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) auf Grundlage der Prüfberichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) erarbeitet.¹⁵ Wenngleich diese Berichte das tatsächliche Ausmaß der Pflegemängel nur bedingt wiedergeben,¹⁶ so belegen die Pflegequalitätsberichte dennoch eindrucksvoll die flächendeckend auftretenden, gravierenden Pflegemängel. Rund 10 % der Heimbewohner waren laut dem zweiten Pflegequalitätsbericht in einem unangemessenen Pflegezustand.¹⁷ Eine spürbare Verbesserung der Pflegequalität konnte auch der dritte Pflegequalitätsbericht nicht feststellen. In den geprüften Ver-

15 Ausgewertet wurden vorliegend der zweite (http://www.mds-ev.de/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf, abgerufen am 07.01.2014) und der dritte, aktuelle Pflegequalitätsbericht des MDS (http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf, abgerufen am 07.01.2014).

16 Die Kritik an den Qualitätsprüfungen bezieht sich vor allem auf die Art und Weise ihrer Durchführung. Zum einen werden die Kontrollen nur jährlich durchgeführt. Bis zum Jahr 2008 fand knapp die Hälfte der Qualitätsprüfungen angemeldet statt (MDS, 2. Pflegequalitätsbericht, http://www.mds-ev.de/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf, S. 57, abgerufen am 07.01.2014). Zum anderen sind die Prüfteams mit durchschnittlich zwei Personen sehr knapp ausgestattet, was eine intensive Kontrolle kaum ermöglicht. Das spiegelt auch die geringe Prüfdauer von durchschnittlich einem Tag wider (MDS, 3. Pflegequalitätsbericht, http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf, S. 36, abgerufen am 07.01.2014).

17 Die Bewertung des Pflegezustandes der Pflegebedürftigen erfolgte anhand der Kriterien des Zustandes von Haut, Mund sowie Finger- und Fußnägel. Ferner zählen auch Haare und Frisur, Katheter- und Sondenversorgung und die Versorgung der inkontinenten Bewohner mit entsprechenden Produkten zu den maßgeblichen Prüfsteinen. Der Pflegezustand wurde als nicht angemessen beurteilt, sofern „bei einem der relevanten Kriterien ein Pflegedefizit festgestellt wurde und die Pflegeeinrichtung nicht darlegen kann, dass alle erforderlichen pflegfachlichen Maßnahmen eingeleitet, durchgeführt und dokumentiert wurden“ (MDS, 2. Pflegequalitätsbericht, http://www.mds-ev.de/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf, S. 62, abgerufen am 07.01.2014).

sorgungskategorien waren bis zu 40 % der untersuchten Bewohner unzureichend pflegerisch versorgt.¹⁸

Die durchgeführten Studien zu den Missständen in der stationären Altenpflege zeichnen ein glaubwürdiges und alarmierendes Bild der Situation in deutschen Pflegeheimen. Die empirischen Quellen können belegen, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen mitunter untragbare Missstände vorliegen und diese Zustände flächendeckend auftreten.

II. Ursachen der Missstände

Die Ursachen für die weit verbreiteten Pflegemängel sind vielfältig und durch das Zusammenwirken mehrerer Umstände begründet. Das sind zum einen Faktoren, die in der Person von Pflegenden und Gepflegten liegen¹⁹, daneben solche, die außerhalb der pflegerischen Beziehung zu suchen sind, so beispielsweise die schlechten Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte²⁰.

18 So weist der aktuelle Bericht aus, dass lediglich bei 59,3 % der gefährdeten Pflegebedürftigen eine fachgerechte Dekubitusprophylaxe zur Vorbeugung schmerzhafter Druckgeschwüre durchgeführt wurde, vgl. MDS, 3. Pflegequalitätsbericht, http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf, S. 50 f. (abgerufen am 07.01.2014).

19 Ursachen für die Entstehung von Gewalt, die in der Person der Pflegekraft liegen, sind beispielsweise deren Persönlichkeitsstruktur, Berufsmotivation oder deren psychischer Zustand (Stress, Überforderung, Burnout). Gewaltfördernde Aspekte aus der Sphäre der Gepflegten sind zum einen die veränderte Bewohnerstruktur und die starke Zunahme an multimorbiden Schwerpunktpflegebedürftigen. Ferner erfahren die Pflegekräfte zum Teil bewusste Widerstände seitens der Heimbewohner oder von Angehörigen.

20 In den Pflegeheimen fehlt nicht nur chronisch Personal; es findet darüber hinaus auch eine hohe Fluktuation der Mitarbeiter statt. Folge hiervon ist, dass das Pflegepersonal einerseits unter extremer Zeitnot arbeiten muss und dass andererseits ein schlechtes Arbeitsklima und Teamprobleme entstehen. Die Pflegekräfte haben neben Nacht- und Wochenendschichten zusätzlich zahlreiche Überstunden abzuleisten, ohne dass sie hierfür leistungsgerecht vergütet werden.

Hauptursachen sind aber systemische, also Mängel in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflege.²¹ Diese Rahmenbedingungen ergeben sich in erster Linie aus den gesetzlichen Vorschriften über die soziale Pflegeversicherung, welche die Pflegebeziehungen ausgestalten, sowie dem Heimgesetz einschließlich seiner Verordnungen bzw. nunmehr den Ländergesetzen zum Heimrecht.²² Diese systemischen Mängel bewirken in ihrer Gesamtheit und ihrem Zusammenwirken den gewaltbegünstigenden institutionellen Kontext der Pflegeheime und führen zu den in der stationären Altenpflege auftretenden Missständen. Zwar kann der Staat auf Gewaltursachen, die in der Person des Pflegenden selbst liegen, nicht unmittelbar Einfluss nehmen. Der psychische Zustand der Pflegekräfte ist aber häufig negativ beeinflusst durch erhebliche körperliche und seelische Belastungen des beruflichen Pflegealltags. Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sowie alle anderen durch systemische Mängel bedingte Ursachen der Pflegemissstände sind von staatlicher Seite aber gestaltbar, so dass sich diese Ursachenkomponente als durch den Staat steuerbar und auch behebbar darstellt.

21 Das sind namentlich der gesetzliche, stark richtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Trennung der Versicherungszweige Kranken- und Pflegeversicherung, das Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs, die Regelungen zur Qualität in der Pflege und die Kontrolle der Pflegeeinrichtungen, Personalmangel sowie die Ausbildung der Pflegekräfte und schließlich finanzstrukturelle Mängel. Vgl. im Einzelnen ausführlich Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 61 ff.

22 Die Heimgesetzgebung ist (mit Ausnahme der zivilrechtlichen Regelungen) mit der Föderalismusreform auf die Länder übergegangen. Soweit die Länder keine den bestehenden bundesrechtlichen Verordnungen zum Heimgesetz entsprechenden Verordnungen erlassen haben, behalten diese ihre Gültigkeit.

III. Staatliche Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen²³

Angesichts der oben beschriebenen und belegten Missstände muss man eine massive Verletzung der Grundrechte der Pflegebedürftigen befürchten oder gar als bereits eingetreten erachten. Da die Missstände flächendeckend auftreten, muss man auch davon ausgehen, dass im Grunde jeder Heimbewohner betroffen sein kann. Diese hohe Schädigungswahrscheinlichkeit besteht schon aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die kaum Raum für eine menschenwürdige Pflege lassen. Eine Zurechnung dieser Grundrechtsverletzungen an den Staat, und damit möglicherweise die Begründung einer Handlungspflicht, kommt nur über die Figur der staatlichen Schutzpflicht in Betracht.

1. Dogmatische Begründbarkeit grundrechtlicher Schutzpflichten gegenüber Pflegebedürftigen

Der Lehre von den grundrechtlichen Schutzpflichten ist seit der wegweisenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch²⁴ weithin anerkannt.²⁵ Die Bevölkerungsgruppe der pflegebedürftigen Menschen und ihre Lebensbedingungen in stationären Pflegeeinrichtungen waren bislang noch nicht Gegenstand verfassungsgerichtlicher Rechtsprechung. Eine staatliche Schutzpflicht gegenüber Pflegebedürftigen wurde deswegen noch nicht explizit höchstrichterlich bejaht. Eine Ausweitung der Schutzpflichten-Dogmatik auf die Pflegebedürftigen bedarf daher einer

23 Das Kapitel basiert auf Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 94 ff.

24 BVerfGE 39, 1 (42).

25 Vgl. nur Dietlein, J., Die Lehre von den grundrechtlichen Schutzpflichten, S. 17; Schwetzel, W., Freiheit, Sicherheit, Terror, S. 9 f.

gesonderten dogmatischen Begründung. Hier bietet sich ein Vergleich der Situation der Pflegebedürftigen in den Heimen mit Fallkonstellationen aus der bisherigen Schutzpflichten-Rechtsprechung an, und zwar insbesondere solcher, die durch eine hilflose Lage der Betroffenen sowie deren unmenschlicher Behandlung charakterisiert sind.

a. Schwangerschaftsabbruch

Als vergleichbar erweisen sich speziell in Bezug auf die hilflose Lage der Pflegebedürftigen das erste und zweite Urteil zum Schwangerschaftsabbruch.²⁶ Das Bundesverfassungsgericht erkannte aufgrund der Schutzlosigkeit des Ungeborenen gegenüber Eingriffen Dritter eine besondere Abhängigkeit von staatlichem Schutz und damit eine Schutzpflicht des Staates an. Diese Schutzpflicht habe der Staat aufgrund des bedrohten Schutzgutes Leben als verfassungsrechtlichen Höchstwert besonders ernst zu nehmen. Entsprechend hoch sah das Gericht auch die Anforderungen an die Schutzpflichtenerfüllung und verlangte einen angemessenen und wirksamen Schutz, der dem Untermaßverbot genügen müsse.²⁷ Das Merkmal der besonderen Schutzbedürftigkeit zeichnet auch die Gruppe der (stationär untergebrachten) pflegebedürftigen Menschen aus. Ihr Leben im Pflegeheim ist oftmals geprägt von einer beinahe gänzlichen Fremdbestimmung sämtlicher Lebensbereiche. Sie sind wegen ihrer Pflegebedürftigkeit oft vollständig von den Pflegenden abhängig und können daher auf ihre Lebensgestaltung keinen Einfluss nehmen oder selbst darüber bestimmen. Den Abläufen im Pflegeheim haben sich die Heimbewohner, insbesondere diejenigen mit starken physischen oder psychischen Einschränkungen, zwangsläufig unterzuordnen.

26 BVerfGE 39, 1; 88, 203.

27 BVerfGE 88, 203 (252 ff.).

Das Unvermögen zum Selbstschutz und das Fehlen einer Lobby, die die Interessen dieser Gruppe im politischen Prozess effektiv wahrnehmen könnte, können als gemeinsames Merkmal der Ungeborenen und Pflegebedürftigen herausgestellt werden. Dritte können in beiden Fällen nur sehr beschränkt Einfluss nehmen. Hilfe und Schutz können allein staatliche Institutionen gewährleisten.

b. Sicherungsverwahrung

Parallelen im Hinblick auf ihre Lebenssituation ergeben sich auch zwischen der Situation der Heimbewohner und der Sicherungsverwahrten. Beide Gruppen sind über einen längeren Zeitraum alternativlos an einen räumlich begrenzten Aufenthaltsort gebunden. Zwar haben die Pflegebedürftigen die Möglichkeit, jeden beliebigen Ort innerhalb und außerhalb des Pflegeheimes aufzusuchen. Diese besteht aufgrund der Immobilität und Hilflosigkeit vieler Heimbewohner aber nur theoretisch. Tatsächlich beschränkt sich der Lebensraum zahlreicher Pflegebedürftiger, insbesondere Bettlägeriger, auf das eigene Zimmer.

Das Bundesverfassungsgericht erklärte 2011 die bis dahin bestehenden Regelungen über die nachträgliche Anordnung bzw. Fortdauer der Sicherungsverwahrung für verfassungswidrig und stellte neue Anforderungen für die gesetzliche Regelung der Sicherungsverwahrung auf.²⁸ Die Lebensverhältnisse der Sicherungsverwahrten müssten den allgemeinen Lebensverhältnissen angepasst werden. Dies erfordere neben einer individuellen und intensiven Betreuung der Untergebrachten durch ein interdisziplinäres Team auch die Sicherstellung therapeutischer Erfordernisse, hinreichende Besuchsmöglichkeiten sowie aus-

reichende Personalkapazitäten.²⁹ Diese gerichtlich festgesetzten Anforderungen für eine längerfristige menschenwürdige Unterbringung können entsprechend auf den Fall der Pflegebedürftigen angewendet werden.

c. Asylbewerberleistungsgesetz

Für eine Übertragung eignet sich schließlich auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Asylbewerberleistungsgesetz aus dem Jahr 2012.³⁰ Das Gericht erklärte darin die Höhe der Geldleistungen für Leistungsbezieher für verfassungswidrig. Der Staat sei verpflichtet, ein menschenwürdiges Existenzminimum, also das gesamte physische Existenzminimum sowie ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben für alle Bedürftigen sicherzustellen. Sucht man nach Parallelen zwischen der Lebenssituation von Asylbewerbern und Pflegeheimbewohnern, so ergeben sich diese in erster Linie in Hinblick auf deren Abhängigkeit hinsichtlich ihrer physischen Existenz sowie auf ihre mangelnde Möglichkeit zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe. Die eklatant unzureichende finanzielle Ausstattung der Asylbewerber macht ihnen den Erhalt der eigenen physischen Existenz beinahe unmöglich. Die physische Existenz der Pflegebedürftigen ist akut gefährdet durch eine unzureichende pflegerische Betreuung sowie durch Gewaltanwendungen der Pflegenden. Während den Asylbewerbern die Schaffung eines physischen Existenzminimums aufgrund unzureichender Geldleistungen versagt wird, scheidet ein menschenwürdiges Dasein der Pflegebedürftigen hauptsächlich an den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen der stationären

Pflege. Ähnlich verhält es sich mit dem faktischen Abschneiden beider Gruppen von einem Mindestmaß an sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe. Darüber hinaus vermögen weder Asylbewerber noch Pflegeheimbewohner aus eigener Kraft wirkungsvoll auf ihre menschenunwürdige Lebenssituation aufmerksam zu machen und entbehren einer im politischen Prozess einflussreichen Lobby. In beiden Fällen ist die menschenunwürdige Existenz letztlich auf Ursachen zurückzuführen, die in der Sphäre staatlicher Institutionen liegen.

Die genannten Urteile und die dort zur Überprüfung stehenden Sachlagen erweisen sich unter verschiedenen Aspekten als vergleichbar mit der Situation der Pflegebedürftigen und untermauern die dogmatische Begründbarkeit des Bestehens staatlicher Schutzpflichten ihnen gegenüber.

2. Schutzpflichtenerfüllung

Die staatliche Schutzaufgabe besteht im Fall der Pflegebedürftigen darin, in den Pflegeheimen einen angemessenen Mindeststandard hinsichtlich der Lebensumstände und der Versorgung der Heimbewohner sicherzustellen. Dies ist gegenwärtig nicht gewährleistet. Das System der sozialen Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber zwar durch eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen normativ ausgestaltet. Wie aus den faktisch vorhandenen Missständen hervorgeht, vermag dieses Regelwerk jedoch keinen ausreichenden Schutz der Pflegebedürftigen und keine angemessene Pflege zu bewirken. Eine Verfassungswidrigkeit einzelner pflegerechtlicher Normen kann dabei zwar nicht festgestellt werden. Das systemische Zusammenwirken sowie die praktische Umsetzung des Pflegerechts in

28 BVerfG, U. v. 04.05.2011 – 2 BvR 2365/09 = NJW 2011, 1931.

29 Ebda., Abs. 115 f. = NJW 2011, 1931 (1938).

30 BVerfG, U. v. 18.07.2012 – 1 BvL 10/10 = NVwZ 2012, 1024 ff.

den Pflegeheimen führen aber zu einem Resultat, das die Grenze zu einer menschenwürdigen Existenz insgesamt evident unterschreitet. Der Staat verletzt also seine Schutzpflichten gegenüber den Pflegebedürftigen.³¹

IV. Vorgehen vor dem Bundesverfassungsgericht³²

Die Missstände in den stationären Einrichtungen der Altenpflege sind den staatlichen Akteuren seit Jahren bekannt. Trotz positiven Wissens um diese untragbaren und menschenunwürdigen Zustände verletzt der Staat durch seine weitgehende Untätigkeit seine Schutzpflicht gegenüber den pflegebedürftigen Menschen. Grundlegende Reformen oder andere Maßnahmen, die in absehbarer Zeit eine spürbare Besserung der Lebensbedingungen in den Pflegeheimen erwarten lassen, sind nicht zu erwarten.

Die Suche nach einer anderweitigen Möglichkeit, Abhilfe zu schaffen, lenkt den Fokus auf ein gerichtliches Vorgehen. Eine aussichtsreiche Möglichkeit, die auch dem Einzelnen offen steht, stellt ein Vorgehen vor dem Bundesverfassungsgericht dar. Für eine prozessuale Durchsetzung der Schutzpflicht bietet sich in erster Linie eine Verfassungsbeschwerde an. Im konkreten Fall wäre diese aus den eben genannten Gründen gegen ein legislatives unechtes Unterlassen gerichtet.

Von besonderem Gewicht ist dabei die Frage, wer als potentieller Beschwerdeführer einer solchen Verfassungsbeschwerde in Betracht kommt. Beschwerdebefugt sind grundsätzlich nur aktuell von Grundrechtsbeeinträchtigung

Betroffene. Menschen, die derzeit in einer Pflegeeinrichtung leben und von den Missständen betroffen sind, erfüllen das Erfordernis einer aktuellen Betroffenheit zweifellos. Bedenken bestehen insofern aber im Hinblick auf den Subsidiaritätsgrundsatz. Betroffene müssen nämlich grundsätzlich zunächst einfachergerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen, bevor sie das Bundesverfassungsgericht anrufen können. In Betracht käme etwa die Anzeige von Gewalthandlungen gegenüber den Pflegebedürftigen bei den Strafverfolgungsbehörden. In der Regel wird es aber gar nicht erst zu einem solchen Verfahren kommen: Die betroffenen Heimbewohner sind regelmäßig zu gebrechlich oder von der Institution zu abhängig, um selbst Rechtsschutz zu suchen. Effektiver Rechtsschutz kann daher nur durch ein präventives Vorgehen gegen die Pflegemissstände erreicht werden. Der Kreis der Beschwerdebefugten muss also über die derzeit bereits Betroffenen hinaus erweitert werden, und zwar dergestalt, dass auch eine potentielle zukünftige Betroffenheit eine Beschwerdebefugnis begründet.

Potentiell zukünftig Betroffene sind jedenfalls Menschen, für die die Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig zu werden und in ein Pflegeheim ziehen zu müssen, um einiges höher liegt als für die restliche Bevölkerung. Das ist insbesondere die Gruppe der chronisch kranken Menschen und der Kinderlosen. Diese Kriterien sollten aber keine Ausschließlichkeit beanspruchen. Denn Pflegebedürftigkeit kann jeden – unabhängig von Alter, Familienstand und sozialem Status – auch ganz plötzlich treffen und einen Umzug in ein Pflegeheim erforderlich machen. Niemand vermag vorherzusehen, wie sich sein Gesundheitszustand in näherer Zukunft oder im Alter entwickeln wird. Ebenso ist niemand mit hinreichender Sicherheit davor gewahrt,

bei Pflegebedürftigkeit stationäre Pflege in Anspruch nehmen zu müssen und dort, auch wenn Pflegemissstände nicht generalisierend für alle deutschen Pflegeheime angenommen werden dürfen, unwürdige Pflege zu erfahren. Ein effektiver Rechtsschutz gegen die Missstände in der Pflege kann daher nur durch ein präventives verfassungsgerichtliches Vorgehen unter Annahme einer generellen Beschwerdebefugnis gewährleistet werden.

Die Annahme einer generellen Beschwerdebefugnis scheint auf den ersten Blick in Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu stehen, das grundsätzlich hohe Anforderungen an die Beschwerdebefugnis stellt.³³ Das Gericht lockerte dieses Erfordernis jedoch für besonders gelagerte Fälle, in denen die Betroffenen bei Eintritt der Grundrechtsverletzung keinen wirksamen Rechtsschutz erlangen können und in denen das Gericht deswegen schon eine ernsthaft zu besorgende Grundrechtsgefährdung als ausreichend erachtete – so namentlich in den Entscheidungen zum sog. „Großen Lauschangriff“ sowie zur Antiterrordatei.³⁴ In derartigen Fällen sei ausreichend, dass „der Beschwerdeführer darlegt, dass er mit einiger Wahrscheinlichkeit durch die auf den angegriffenen Rechtsnormen beruhenden Maßnahmen in seinen Grundrechten berührt wird“³⁵. Im Urteil zum Lauschangriff führte das Gericht dazu näher aus: „Der geforderte Grad der Wahrscheinlichkeit wird davon beeinflusst, welche Möglichkeit

33 Insbesondere muss der Beschwerdeführer gegenwärtig, also schon und noch, und nicht nur virtuell und zukünftig von der geltend gemachten Grundrechtsverletzung betroffen sein, vgl. BVerfGE 102, 197 (207); sowie Hillgruber, C./Goos, C., Verfassungsprozessrecht, Rn. 192; Schlaich, K./Korioth, S., Das Bundesverfassungsgericht, Rn. 234.

34 BVerfGE 109, 279 (307 f.); BVerfG, U. v. 24.04.2013 – 1 BvR 1215/07, Abs. 87 = NJW 2013, 1499 (1500).

35 BVerfGE 109, 279 (307 f.); 67, 157 (170); 100, 313 (354).

31 Siehe im Einzelnen hierzu Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 148 ff.

32 Das Kapitel basiert auf Moritz, S., Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, S. 163 ff.

der Beschwerdeführer hat, seine Betroffenheit darzulegen. So ist bedeutsam, ob die Maßnahme auf einen tatbestandlich eng umgrenzten Personenkreis zielt [...] oder ob sie eine große Streubreite hat und Dritte auch zufällig erfassen kann.“³⁶ Eine potentiell zukünftige Betroffenheit müsse insbesondere auch dann ausreichend sein, wenn der Betroffene von der Grundrechtsbeeinträchtigung erst im Nachhinein erfährt und somit nicht rechtzeitig fachgerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen kann.³⁷

Die in den Urteilen geführte Argumentation lässt sich im Grundsatz extrahieren und auf die vorliegende Fragestellung übertragen. Angesichts der prognostizierten gesellschaftlichen Entwicklung ist zumindest die Pflegebedürftigkeit im Alter für den Einzelnen durchaus wahrscheinlich, ebenso wie ein in diesem Fall womöglich erforderlicher Umzug in ein

Pflegeheim. Eine Betroffenheit ist jedoch weder sicher vorherzusehen noch darlegbar. Zugleich können diese Menschen, sofern sie im Pflegeheim konkret von Pflegemissständen betroffen sind, aufgrund ihrer Hilflosigkeit nicht selbstständig Rechtsschutz suchen. Daher sollte ein präventives Vorgehen gegen die unwürdigen Lebensbedingungen in den Pflegeheimen nicht aufgrund unterschiedlicher Risikoanlagen oder Wahrscheinlichkeitsgrade von vornherein ausgeschlossen sein. Jedenfalls für die zuvor benannten Gruppen von potentiell zukünftig Betroffenen mit erhöhtem Risiko darf die Beschwerdebefugnis nicht ausgeschlossen werden.

V. Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das diskutierte Vorgehen trotz der hohen Zulässigkeitschürden, die das Bundesverfassungsgericht an eine Verfassungsbeschwerde gegen legislatives Unterlassen aufstellt, als erfolgversprechend erweist. Insbesondere in materiel-

ler Hinsicht dürften an der Begründetheit einer potentiellen Verfassungsbeschwerde kaum Zweifel bestehen. Die Behebung der bestehenden Pflegemissstände ist mit tiefgreifenden Reformen der Pflegeversicherung verbunden. Vielleicht kann das System durch bessere Steuerung effizienter werden. Aber vermutlich werden die gebotenen Veränderungen auch mit einer finanziellen Zusatzbelastung für die Pflegekassen einhergehen, die gegebenenfalls von den sozialversicherungspflichtigen Beitragszahlern zu tragen wäre. Gefordert sind also letztlich wir alle in unserer Bereitschaft, Einschnitte zugunsten einer menschenwürdigen Pflege für die Pflegebedürftigen hinzunehmen und die Sicherstellung eines menschenwürdigen und lebenswerten Daseins für diese Menschen als kollektive Verantwortung und Aufgabe zu begreifen.

Autor:

Dr. Susanne Moritz
Güterstr. 51
54295 Trier

36 BVerfGE 109, 279 (308); BVerfG, U. v. 24.04.2013 – 1 BvR 1215/07, Abs. 86 = NJW 2013, 1499 (1500).

37 BVerfGE 109, 279 (307).

Aus der Rechtsprechung / Vertragsarztrecht

BSG

Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 44/12 R

1. Empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss objektiv willkürlich eine neue Behandlungsmethode nicht für die vertragsärztliche Versorgung, lehnt die Krankenkasse deshalb eine Kostenübernahme hierfür ab und beschafft sich ein Versicherter aufgrund dessen die für ihn notwendige Leistung selbst, kann er wegen Systemversagens Kostenfreistellung verlangen.

2. Die Grundsätze der Rechtsprechung zum Systemversagen ergänzen die gesetzliche Regelung der Folgen verzögerter Bearbeitung eines Antrags beim Gemein-

samen Bundesausschuss auf Empfehlung einer neuen Methode für die vertragsärztliche Versorgung.

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 29 = NZS 2013, 861

LSG Berlin-Brandenburg

Urteil vom 27.02.2013 – L 7 KA 108/11 KL

1. Das Antragsrecht des § 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V steht den in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen zu.

2. Sachkundige Personen haben kein eigenes Antragsrecht aus § 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V.
(anhängig beim BSG, Az. B 6 KA 29/13 R)

LSG Berlin-Brandenburg

Urteil vom 27.02.2013 – L 7 KA 114/11 KL

Die Höhe der Gebühr nach § 8 der Gebührenordnung über die Erhebung von Gebühren im Antragsverfahren nach § 34 Abs. 6 Satz 6 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses verstößt nicht gegen Gemeinschaftsrecht. Auch die verfassungsrechtlichen Vorgaben werden beachtet.

(anhängig beim BSG, Az. B 6 KA 27/13 R)

Mitgeteilt von

Prof. Günther Schneider,
Dresden

Holger Pressel

Der Gesundheitsfonds: Seine Entstehung und Einführung sowie seine Auswirkungen

Den Gesundheitsfonds gibt es nun etwas länger als fünf Jahre. Obwohl er vor seiner Einführung so massiv in der Kritik stand wie wohl kaum ein gesundheitspolitischer Beschluss zuvor, existiert der Gesundheitsfonds noch immer und nichts deutet darauf hin, dass er wieder von der Bildfläche verschwinden wird. Aus diesem Anlass soll mit diesem Beitrag sowohl zurück als auch

nach vorne geschaut werden. Die zentrale Zielsetzung dieses Aufsatzes besteht darin, rückblickend zu beschreiben und kausal zu erklären, wie der Gesundheitsfonds entstand und wie die Beschlüsse hinsichtlich seiner Einführung zustande kamen und welche Auswirkungen er bisher hatte.¹ Ein Ausblick rundet diesen Beitrag ab.

1. Einleitung

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds mit Wirkung ab Januar 2009 änderte sich die Art der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fundamental: Zum ersten Mal in der zu diesem Zeitpunkt rund 125-jährigen Geschichte der GKV übernahm die Bundesregierung durch eine staatliche Beitragssatzfestsetzung die Verantwortung für die Einnahmen der GKV. Die Administration des Gesundheitsfonds übertrug der Gesetzgeber dem Bundesversicherungsamt (BVA), einer Bundesoberbehörde mit Sitz in Bonn. Hinzu kam eine zweite fundamental neue Entwicklung: Mit Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages wurde ein neues Finanzierungsinstrument in die GKV eingebracht. Zum ersten Mal in der Geschichte der GKV richten sich die Beitragszahlungen nicht mehr nur nach dem sogenannten „Leistungsfähigkeitsprinzip“, wonach sich der

von einem Mitglied zu entrichtende Beitrag als prozentualer Anteil seiner beitragspflichtigen Einnahmen bemisst.

Die Beiträge werden weiterhin von den Krankenkassen eingezogen. Diese müssen die Beitragseinnahmen allerdings unmittelbar an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Von dort erhalten die Krankenkassen Zuweisungen. Sofern sie mit diesen nicht auskommen, müssen sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Im anderen Fall, wenn die Zuweisungen die Ausgaben einer Krankenkasse übersteigen, kann diese eine Prämie an ihre Mitglieder ausschütten. Von der Einführung dieser beiden Instrumente „Zusatzbeitrag“ und „Prämie“ versprach sich der Gesetzgeber eine Intensivierung des Kassenwettbewerbs. Die Einführung des Gesundheitsfonds ist auch mit einer Neuausrichtung des Risikostrukturausgleichs (RSA) verbunden. Durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs („Morbi-RSA“) erfolgen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nun zielgenauer und gerechter als dies im früheren RSA der Fall war. Zur Finanzierung der versicherungs-

cherungsfremden Leistungen wurde der Steuerzuschuss an die GKV schrittweise auf bis zu 14 Mrd. Euro erhöht.

Im Vorfeld der Einführung des Gesundheitsfonds gab es eine ungewöhnlich breite „Front“ der Kritiker der neuen Finanzierungsarchitektur. Vor dessen Verabschiedung kam es zu heftigen Protesten von nahezu jedem gesundheitspolitisch relevantem Akteur. Gegner des Gesundheitsfonds gab es innerhalb und außerhalb des Parlamentes: Neben der parlamentarischen Opposition stimmten auch Mitglieder der die Bundesregierung tragenden Fraktionen gegen die Einführung des Gesundheitsfonds. Auch außerhalb des Bundestages gab es eine ungewöhnlich breite Koalition gegen den Fonds. Diese reichte von den Spitzenverbänden der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, den Verbänden der Arbeitgeber und Gewerkschaften bis hin zu den Verbänden der Leistungserbringer. Von diesen Akteuren wurde der Gesundheitsfonds als „Weg in die Staatsmedizin“ oder in die „Einheitsversicherung“ führend bezeichnet (ausführlich bei Pressel 2012:92ff). Vonseiten der Krankenkassen

¹ Teile dieses Beitrages basieren auf der Universität Konstanz angenommenen Dissertation „Die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds. Eine kausale Rekonstruktion der Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“.

wurde insbesondere der Verlust der Beitragsatzautonomie massiv kritisiert.

Auch vor und nach der Bundestagswahl 2009 stand der Gesundheitsfonds massiv in der Kritik: Während die CDU den Gesundheitsfonds weitgehend unverändert beibehalten wollte, wollte die CSU den Fonds regionalisieren und die FDP wollte ihn ganz abschaffen. Festzuhalten ist allerdings, dass der Gesundheitsfonds auch nach Ende der Amtszeit der christlich-liberalen Bundesregierung noch immer besteht. Auch die 2013 gewählte Bundesregierung lässt den Fonds weitgehend unverändert. Somit stellt sich die Frage, wie und warum es zur Einführung des Gesundheitsfonds kommen konnte – wo ihn doch zunächst kaum jemand haben wollte. Zur Erinnerung: Auch die Parteien bzw. Fraktionen, die seine Einführung im Jahr 2007 beschlossen hatten, hatten ihn im Vorfeld der damaligen Bundestagswahl überhaupt nicht auf ihrer Agenda.

2. Untersuchungsdesign und -methode

Das Untersuchungsdesign basiert auf dem Ansatz einer Einzelfallstudie (case study). Um die Vorteile von Einzelfallstudien nutzen und bewahren zu können und gleichzeitig die Nachteile dieser Methode zu minimieren, ist eine Theorieanbindung von Fallstudien unerlässlich (stellvertretend für viele: George/Bennett 2005, Hall 2007, Yin 2003) Mehrere methodologisch orientierte Publikationen empfehlen dringend, bei der Theorieanbindung mehrere rivalisierende, möglicherweise auch komplementär einzusetzende Theorien zu verwenden. Besonders deutlich wird dies von Renate Mayntz, der früheren Direktorin des Kölner Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, hervorgehoben: „Theoretischer Eklektizismus im Sinne des Nebeneinanders verschiedener

bereichsbezogener Theorien scheint unausweichlich, ja für eine Sozialwissenschaft, die nicht über Grundprinzipien diskutieren, sondern Wirklichkeit erklären will, sogar der einzig erfolgreiche Weg bei der Analyse sozialer Makrophänomene zu sein.“ (Mayntz 2002:40).

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einer Prozessanalyse („process tracing“). Eine Prozessanalyse ist immer dann sinnvoll, wenn in konkreten historischen Situationen Evidenz für das (Zusammen-)Wirken von bestimmten kausalen Mechanismen nachgewiesen werden soll. Eine in Form einer Prozessanalyse durchgeführte Fallstudie eignet sich deshalb besonders gut für die angestrebte kausale Rekonstruktion der Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds, weil sie sowohl die Dynamik des Geschehens besonders gut nachverfolgen als auch das (Zusammen-)Wirken bestimmter kausaler Mechanismen aufspüren kann.

Eine spezifische Variante einer Prozessanalyse, welche die Basis dieses Aufsatzes ist, wurde von Peter A. Hall (2007) unter dem Namen „systematic process analysis“ in die Methodendiskussion eingebracht. Das Besondere an dieser Ausprägung einer Prozessanalyse ist, dass sie eine Kombination von „process tracing“ und des „pattern matching“ darstellt. Das wesentliche Charakteristikum der Methode besteht darin, dass eine Untersuchung mit einem theoretischen Bezugsrahmen beginnt und man dann nach Übereinstimmungen von Theorie und den in der Realität tatsächlich vorzufindenden Daten schaut. Die Methode „systematic process“ besteht aus folgenden Phasen: Zunächst wird der theoretische Bezugsrahmen der Arbeit vorgestellt. Dieser Bezugsrahmen sollte nach Hall unbedingt aus mehreren Theorien bestehen. Dann erfolgt die eigentliche Fallstudie, das heißt die möglichst detaillierte Beschreibung des Falls. In dieser Phase

findet das eigentliche Process-Tracing statt. In einem dritten Schritt erfolgt ein Vergleich von Beobachtung mit Vorhersagen, das „pattern matching“. Am Ende einer „systematic process analysis“ steht das Ziehen von Schlussfolgerungen. In dieser letzten Phase muss der Forscher das relative Gewicht der einzelnen Theorien in Bezug auf ihren Beitrag zur Erklärung des Zustandekommens des zu erklärenden Phänomens jeweils abwägen.

Für diese Untersuchung wurden Experteninterviews mit 45 Expertinnen und Experten geführt (Übersicht bei Preszel 2012:249). Die Interviewpartner lassen sich folgenden drei Gruppen zuordnen: Politik, Krankenkassen und deren Verbände sowie Wissenschaftler. Überwiegend sind die Experten dem Top-Management der jeweiligen Institutionen zuzurechnen (z. B. Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums, Präsident des Bundesversicherungsamtes, Vorstände der größten Krankenkassen, Mitglieder des Deutschen Bundestages, Abteilungsleiter aus Bundes- und Länderministerien etc.). Ergänzend wurden auch Interviews mit Experten der mittleren Ebene (Referatsleiter und Referenten etc.) geführt, da diese Personen oftmals offener und weniger politisch gefärbt reden als Experten in unmittelbarer Führungsverantwortung. Außer den Experteninterviews wurde eine umfangreiche Dokumentenanalyse durchgeführt. Neben offiziellen Drucksachen des Deutschen Bundestages und des Bundesrates wurden hierbei auch Printmedien wie gesundheitspolitische Fachdienste sowie bedeutsame Tages- und Wochenzeitungen und Pressemitteilungen berücksichtigt.

3. Theoretischer Rahmen

Grundsätzlich gibt es eine ganze Reihe von Theorien, mit denen man politische Veränderungen erklären kann. Häufig

werden Theorien unterschieden in solche, die eher auf der Makroebene ansetzen und solchen, die ihren Ansatzpunkt eher auf der Meso- und Mikroebene haben. Zu der erstgenannten Gruppe gehört auch die „Vetospieler-Theorie“ von George Tsebelis.

Die Vetospieler-Theorie

George Tsebelis versteht unter „Vetospieler“ all die individuellen und kollektiven Akteure, die angestrebten Veränderungen eines Status-quo zustimmen müssen (Tsebelis 2002). Hierzu gehören parlamentarische Kammern, Verfassungsgerichte, Parteien, Verbände etc. Eine wesentliche Grundannahme der Vetospieler-Theorie besteht darin, dass die Vetospieler einer Veränderung des Status-quo nur dann zustimmen, wenn sie durch diese Veränderung zumindest nicht schlechter gestellt werden. Nach Tsebelis ist die Wahrscheinlichkeit für Veränderungen dann höher, wenn vergleichsweise wenig Vetospieler anzutreffen sind und wenn deren politische Positionen vergleichsweise dicht beieinanderliegen. Auch kann das Fehlen von typischen institutionellen Blockadefaktoren bzw. Vetospielern eine Ursache dafür sein, dass es zu einer Veränderung kommt. Die Vetospieler-Theorie wird in der Regel eher zur Erklärung von Reformblockaden als zur Erklärung von Wandel verwendet. Dessen ungeachtet kann sie auch einen wertvollen Beitrag zur Erklärung von Veränderungen leisten; so beschreibt das von George Tsebelis „Winset“ genannte Feld die Schnittmenge an möglichen Veränderungen, auf die sich die beteiligten Akteure verständigen können.

Historischer Institutionalismus

Der „Historische Institutionalismus“ betont insbesondere die Bedeutung pfadabhängiger Entwicklungen, in denen institutionelle Weichenstellungen über

einen längeren Zeitraum Wirkung entfalten und behalten sowie die Notwendigkeit der Betrachtung des jeweiligen Kontextes, in dem eine Entscheidung zustande gekommen ist (Thelen 2002). Ein pfadabhängiger Prozess ist charakterisiert durch eine sich selbst verstärkende Sequenz aus Ereignissen. Ein Pfad beginnt mit einer „critical juncture“, einem Zeitpunkt, zu dem mindestens zwei alternative Wege offen stehen, wovon nur einer beschritten wird. Der gewählte Schritt wird durch sich selbstverstärkende Mechanismen und positive Rückkopplungen verstärkt. Von einigen Autoren wird behauptet, dass Pfadabhängigkeiten zu einem Verriegelungseffekt („Lock-In“) führen würden und Veränderungen somit faktisch ausgeschlossen sind. Diesem radikalen Verständnis von Pfadabhängigkeit folgen jedoch nicht alle Anhänger dieses Konzeptes und auch der Verfasser dieses Aufsatzes nicht.

Pfadabhängigkeit ist also nicht gleich Pfadabhängigkeit; es gibt eine radikalere und eine weniger radikale Variante. In der ersten Variante ist ein Policy change – wenn überhaupt – insbesondere durch exogene Ereignisse bzw. Schocks möglich. Die zweite Variante wird vor allem in den neueren Arbeiten von Wolfgang Streeck und insbesondere Kathleen Thelen vertreten (Streeck/Thelen 2005, Thelen 2009). Wolfgang Streeck und Kathleen Thelen zeigen, dass auch ein inkrementeller Wandel langfristig zu einer Diskontinuität im Sinne einer substantiellen Transformation einer Institution führen kann. In diesen Arbeiten werden vier Varianten institutionellen Wandels unterscheiden: „Displacement“ meint die Auflösung bestehender Institutionen; diese werden entweder durch andere Institutionen ersetzt oder entfallen ersatzlos. „Layering“ bezeichnet die Art von institutioneller Veränderung, wenn eine bereits bestehende Institution zwar

grundsätzlich beibehalten, aber durch eine modulare Ergänzung modifiziert wird. Als „Drift“ wird die Form einer institutionellen Veränderung bezeichnet, die Folge einer Abweichung in der gelebten Praxis von „auf dem Papier stehenden Regelungen“ ist. Mit „Conversion“ ist die grundsätzliche Beibehaltung von Institutionen gemeint, wobei diese jedoch ihre inhaltliche Ausrichtung und Zielsetzung verändern.

Wovon hängt es nun ab, welche dieser Varianten sich durchsetzt? Ausschlaggebend hierfür sind nach Thelen insbesondere zwei Aspekte (Thelen 2009): Zum Einen die Charakteristika des politischen Kontextes insbesondere die Stärke bzw. Schwäche von Vetomöglichkeiten und zum Anderen die Charakteristika der ins Visier genommenen Institution. Ob es beispielsweise eher zu „Displacement“ oder „Layering“ einer Institution kommt, hängt also stark von dem Ausmaß der Vetomöglichkeiten ab. Sofern die Gegner einer angestrebten Veränderung ausreichend stark sind, können sie das „Displacement“ verhindern; eher wahrscheinlich ist dann eine Veränderung in der Ausprägung von „Layering“.

Punctuated-Equilibrium-Theory

Während der Historische Institutionalismus mit seiner Betonung von Pfadabhängigkeiten eher für inkrementellen bzw. graduellen Wandel steht, der allerdings langfristig auch zu erheblichen Veränderungen führen kann, basiert die „Punctuated-Equilibrium-Theory“ (True/James/Baumgartner 2007) auf einer völlig anderen Grundannahme: Nach dieser ursprünglich aus der Evolutionsbiologie stammenden Theorie werden lange Phasen des Stillstandes bzw. der Stasis abrupt und diskontinuierlich unterbrochen; eine Veränderung erfolgt nach dieser Theorie also nicht schleichend, sondern schlagartig. Die Theorie erhebt den Anspruch,

sowohl Zustände der Stabilität als auch des radikalen Wandels erklären zu können. Sie basiert zum Einen auf den Arbeiten von Herbert Simon und seiner Unterscheidung in serielles und paralleles Bearbeiten sowie zum Anderen auf der von Emmette S. Redford vorgenommenen Unterscheidung in „subsystem politics“ und „macropolitics“.

Die Arbeitsteilung innerhalb einer Regierung ermöglicht durch die Bildung von „policy subsystems“ ein paralleles Bearbeiten von mehreren politischen Aufgabenstellungen. Diese Arbeitsteilung in Subsystemen reduziert nach True/Jones/Baumgartner die Aussicht auf größere politische Veränderung, da die Arbeit in Subsystemen weitgehend unter Ausschluss des Interesses der Öffentlichkeit abläuft. Gelegentlich gibt es aber die Situation, dass ein Problem die Ebene der seriellen Bearbeitung verlässt und auf die makropolitische Ebene wandert und dort nicht mehr parallel, sondern seriell bearbeitet wird. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn neue Personen von außerhalb des Subsystems, insbesondere Spitzenpolitiker, beginnen, sich für ein zunächst auf der Ebene eines Subsystems diskutierten Themas zu interessieren. Dieser Prozess wird in der Regel von größerer öffentlicher Aufmerksamkeit begleitet. In diesem Fall, so die zentrale Aussage der „Punctuated-Equilibrium-Theory“, nimmt die Wahrscheinlichkeit eines diskontinuierlichen und abrupten Wandels zu, weil angesichts der gestiegenen öffentlichen Aufmerksamkeit der Druck, einen neuen Weg zu finden, gestiegen ist: Ob es bei Stillstand bzw. „Stasis“ bleibt oder zu einem Policy Change kommt, hängt also nach dieser Theorie wesentlich davon ab, ob ein Problem auf der Ebene des „Subsystems“ bleibt oder ob es auf die Ebene der „Macropolitics“ wandert. Sofern die erstgenannte Konstellation eintritt, bleibt es bei Stillstand, im anderen Fall nimmt

die Wahrscheinlichkeit für einen policy change deutlich zu.

Lesson-Drawing

Ein weiterer Ansatz zur Erklärung von politischen Veränderungen stellt das Konzept des Lernens in seinen diversen Ausprägungen dar. Lerntheoretische Ansätze betonen die Veränderbarkeit von Präferenzen. Ein bedeutsamer und mittlerweile in vielen Studien bewährter lerntheoretischer Ansatz ist das von Richard Rose entwickelte Konzept des „Lesson-Drawing“ (Rose 1993). Als elementare Bedingung für politisches Lernen erachtet Rose, dass politische Entscheidungsträger mit dem Status quo unzufrieden sind. Besteht eine Unzufriedenheit, beginnt die Suche nach Alternativen. Diese kann nach Rose entlang von Zeit und/oder Raum erfolgen. Politische Entscheidungsträger können also entweder von politischen Programmen lernen, die in der Vergangenheit schon einmal im Einsatz waren und/oder können Alternativen z. B. im Ausland suchen.

Rose beschreibt den Ablauf von politischen Lernprozessen als vierstufigen Prozess: In einem ersten Schritt suchen politische Entscheidungsträger nach möglichen Policy-Alternativen. Diese können entweder in der Vergangenheit oder in anderen Regionen liegen. Aus diesen Erkenntnissen bilden Politiker dann in einem zweiten Schritt ein eigenes Modell. Anschließend wird das Ausmaß einer möglichen Übernahme geprüft. Als vierten und letzten Schritt erachtet Rose eine vorausschauende Bewertung des gewählten Programms.

4. Die Finanzierung der GKV vor Einführung des Gesundheitsfonds

Die Mittelaufbringung der GKV erfolgte von ihrer Gründung im Jahr 1883 bis

zum Jahr 2004 ausschließlich durch von Arbeitgebern und Mitgliedern aufgebrauchte einkommensabhängige Beiträge. Über die Höhe des jeweiligen Beitragsatzes entschied bis 2008 die Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen ihrer Beitragssatzautonomie. Eine gewisse Einschränkung der Finanzautonomie wurde 1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) beschlossen: Mit Einführung des bundesweiten kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA), der die Einführung der allgemeinen Kassenwahlfreiheit und somit den 1996 begonnenen Kassenwettbewerb flankiert, wurden die unterschiedlichen Beitragseinnahmen der Krankenkassen zu ca. 92 Prozent ausgeglichen und in Abhängigkeit von dem jeweiligen Beitragsbedarf an die Kassen verteilt. Erst seit dem Jahr 2004 gibt es als Folge des 2003 beschlossenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eine ergänzende Steuerfinanzierung. Die Steuerzuschüsse an die GKV waren allerdings hinsichtlich ihres prozentualen Anteils an den Gesamteinnahmen der GKV vergleichsweise unbedeutend: Im Jahr 2004 lag der relative Anteil der Steuerzuschüsse an den Gesamteinnahmen der GKV bei weniger als zwei Prozent. Des Weiteren bereitete das GMG den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der GKV vor: Seit dem 01.07.2005 müssen Mitglieder einen zusätzlichen Sonderbeitragsatz in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten entrichten.

Aus diesem Befund ergibt sich, dass in Bezug auf die Einnahmeseite der GKV für den Zeitraum von ihrer Gründung Ende des 19. Jahrhunderts bis zu Beginn des 21. Jahrhunderts tatsächlich von einer langen Phase weitgehender Stasis, wie sie die „Punctuated-Equilibrium-Theory“ unterstellt, die Rede sein kann. Veränderungen gab es, wenn überhaupt, nur in gradueller Form im Sinne des „Instituti-

onal Layering“. Das beitragsfinanzierte Finanzierungssystem sowie die Beitrags-satzautonomie der Kassen wurden grundsätz-lich beibehalten, allerdings wurde es durch eine – vergleichsweise bescheidene – Steuerfinanzierung sowie die Einfüh-rung eines Sonderbeitragsatzes in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten modular ergänzt.

5. Die Genese des Gesundheitsfonds

Die Entstehung des Gesundheitsfonds kann ohne Kenntnis der Ausgangslage vor Beginn der Bildung der Großen Koalition im November 2005 nicht verstan-den werden. Aus den Positionierungen von SPD einerseits und Union andererseits im Bundestagswahlkampf 2005 kann man deren unterschiedliche Ziele hinsichtlich der Frage der Finanzierung der GKV erkennen: Während für die SPD der Aspekt der Gerechtigkeit im Vorder-ground stand, ging es der Union primär um eine Begrenzung der Lohnnebenkosten bzw. die Entlastung des Faktors Arbeit durch eine Entkopplung der Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten. Auch die Wahrnehmung des Handlungsbedarfs unterschied sich zwischen SPD einerseits und Union andererseits erheblich: Für die SPD ergab sich der Handlungsbedarf in Sachen Neuregelung der Finanzierung der GKV vor allem aus einer Erosion der Einnahmeseite, die auch eine Folge der Abwanderung von Besserverdienenden in die PKV ist. Die Union hatte eine andere Sicht des Problems: Sie achtete mehr auf die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts und der demo-graphischen Veränderung auf die Höhe der Lohnnebenkosten. Die unterschiedlichen Problemdefinitionen sowie die divergierenden Ziele der beiden Akteure Union einerseits und SPD andererseits bei nahezu identischer Parlamentsstärke

ließen hinsichtlich des Politikfeldes „Gesundheit“ schwierige Koalitionsver-handlungen erwarten. Analysiert man den Prozess der Konsenssuche, so zeigt sich, dass während dieses Prozesses zwei Konzepte eine besondere Rolle spielten: Die Überlegungen des Volkswirtes Prof. Dr. Wolfram F. Richter inklusive der darauf basierenden Vorschläge des Wis-senschaftlichen Beirates beim Bundesfinanzministerium sowie die Finan-zierungsstruktur des niederländischen Gesundheitssystems.

Der Dortmunder Ökonom Prof. Wolfram F. Richter schlägt in seinem bereits vor der Bundestagswahl 2005 entwickelten Modell ein völlig neues aus zwei Stufen bestehendes Finanzierungssystem vor (Richter 2005): Auf einer ersten Stufe sollte nach den Vorstellungen Richters ein „Sonderhaushalt GKV“ eingeführt werden. Dessen zentrale Funktion sollte es sein, die einkommensbezogenen Bei-tragszahlungen in einkommensunabhän-gige Versicherungsprämien („Grundpau-schalen“) zu transformieren. Auf einer zweiten Stufe sollte der Sonderhaushalt GKV aufgelöst und in den Bundeshaus-halt eingegliedert werden. Im Zuge dieser Eingliederung sollte die lohnbezogene Beitragserhebung für die Finanzierung des Gesundheitswesens mit dem Einkom-mensteuertarif verschmolzen werden. Diese zweite Stufe hatte für den weiteren Verlauf der Entstehung des Gesundheits-fonds allerdings keine Relevanz. Dem „Sonderhaushalt GKV“ kommt in Rich-ters Konzept die Funktion einer Clearing-stelle zu, das heißt, die weiterhin einkom-mensabhängigen Beiträge werden von dieser Stelle in einkommensunabhängige Pauschalen umgewandelt. Diese Pauscha-len sollen – basierend auf der Idee des „Voucher-Konzepts“ des Ökonomen Mil-ton Friedman – an die Versicherten aus-bezahlt werden. Die Versicherten sollen diese Pauschalen („Gutscheine“) dazu

verwenden, sich bei einer Versicherung eigener Wahl gegen die mit einer Krank-heit verbundenen Risiken zu versichern. Sofern eine Versicherung eine höhere einkommensunabhängige Pauschalprä-mie verlangt als diese Grundpauschale, muss der Versicherte die Differenz zah-len; sofern der Preis der Versicherung unterhalb der Grundpauschale liegt, soll die Differenz an den Versicherten ausbe-zahlt werden. Das wesentliche Ziel dieser Fondslösung ist es also, den Wettbewerb der Kassen um Versicherte durch eine Erhöhung der Transparenz der Preise zu intensivieren.

Zwei Tage nach der Bundestagswahl 2005 stellte Prof. Dr. Richter sein Konzept im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Steuerjuristischen Gesellschaft am 19./20. September 2005 erstmals öffentlich vor. Eine Woche nach der Wahl versandte Prof. Richter sein Konzept mit dem Titel „Gesundheitsprämie oder Bürgerversi-cherung? Ein Kompromissvorschlag“ per E-Mail an wesentliche Entscheidungs-träger aus dem politischen Raum sowie einige Gesundheitsökonomien (Interview 7). Zu den Empfängern gehörten neben der damaligen Bundesgesundheitsmini-sterin Ulla Schmidt auch alle Generalsekretäre der im Deutschen Bundestag ver-tretenen Fraktionen mit Ausnahme der Fraktion „Die Linke“. Nur vom Büro des damaligen Generalsekretärs der CDU, Volker Kauder, der im November 2005 Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestags-fraktion wurde, erhielt Richter nach eigen-ten Aussagen eine Antwort in Form einer Eingangsbestätigung (Interview 7). Darü-ber hinaus brachte Richter seinen Vor-schlag in den „Wissenschaftlichen Bei-rat beim Bundesfinanzministerium“ ein. Dieser griff den Vorschlag Richters auf, benannte den Sonderhaushalt in „Zen-trale Inkassostelle“ um und veröffentli-chte das ursprüngliche Konzept Richters unter verändertem Namen in seiner Stel-

lungnahme „Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell“ am 17. Oktober 2005 (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Finanzen 2005). In dieser Stellungnahme betont der Beirat explizit die Möglichkeit einer Weiterentwicklung seines Modells sowohl zu einer „Bürgerversicherung“ als auch in Richtung „Prämienmodell“.

Die Fachebene des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erhielt im Oktober 2005, also bereits vor der Bildung der Großen Koalition, von der Amtsspitze den Auftrag, den dort per E-Mail eingegangenen Vorschlag Richters zu prüfen und zu bewerten. Die Bewertung der zuständigen Fachreferate kam zu einem eher ernüchternden Ergebnis; an vielen Stellen sei deutlich, dass Prof. Richter kein GKV-Experte sei. Innerhalb des BMG verschwand der Vorschlag Richters daher zunächst in der Schublade. Bei einem Gespräch im Kanzleramt im November 2005 wurde die Gesundheitsministerin von der Kanzlerin persönlich auf die Skizze des Wissenschaftlichen Beirates des Bundesfinanzministeriums angesprochen. Die Folge war, dass die Arbeitsebene des BMG erneut mit dem Richter-Vorschlag, der Basis dieser Skizze, konfrontiert war. Ein damaliger Abteilungsleiter des BMG sprach in einem Interview mit dem Verfasser daher angesprochen auf die Genese des Gesundheitsfonds auch von „einer Portion Zufall“ und dass der Vorschlag „gewissermaßen auf der Straße lag und wir ihn nur aufheben mussten“ (Interview 38). Sowohl Prof. Richter als auch der Wissenschaftliche Beirat verstanden ihr Engagement explizit als Versuch, einen Konsens zwischen den beiden Konzepten „Bürgerversicherung“ einerseits, „Prämienmodelle“ andererseits zu ermöglichen. Der Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Volker Kauder, erwähnte bereits im April 2006 in einem Interview

mit dem „STERN“ das Fondsmodell und machte es somit einer breiten Öffentlichkeit bekannt. Kauder, der sich in seinem Interview explizit auf die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirates bezog, erkannte, dass das Fondsmodell für beide Koalitionspartner akzeptabel sein müsste, da es perspektivisch die Weiterentwicklung in die jeweils gewünschte Richtung ermöglicht.

Für die Erstellung der von Ulla Schmidt gewünschten Machbarkeitsstudie hinsichtlich einer Umsetzung eines Fondsmodells spielte die Finanzierungsweise des niederländischen Krankenversicherungssystems eine wesentliche Rolle. Das niederländische Krankenversicherungssystem wurde in Deutschland von einigen Wissenschaftlern und Entscheidungsträgern innerhalb des BMG deswegen so intensiv beobachtet, weil es als Vorbild für einen möglichen Kompromiss in Deutschland galt. Hintergrund hierfür ist die in den Niederlanden existierende Kombination aus einem einkommensabhängigen Beitrag sowie einer einkommensunabhängigen Prämie in Verbindung mit einem zentralen Fonds. Die Prozessanalyse sowie die Auswertung der Experteninterviews ergaben jedoch, dass von einem systematischen gezielten „Lesson-Drawing“ bzw. Transfers des niederländischen Modells nach Deutschland nicht die Rede sein kann. Eher wurde die Existenz des niederländischen Modells vom BMG genutzt, um den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages und den Regierungsfractionen mit Verweis darauf, dass es im benachbarten Ausland bereits einen funktionierenden Fonds gibt, die Idee eines Gesundheitsfonds „schmackhaft“ zu machen. Nach Vorlage der „Eckpunkte zur Gesundheitsreform“ Anfang Juli 2006 spielte das niederländische Gesundheitswesen in der gesundheitspolitischen Diskussion kaum noch eine Rolle.

Die wesentlichen Entscheidungen hinsichtlich der Neuordnung der Finanzierung fielen nicht auf der Ebene der Gesundheitspolitiker, sondern auf der Ebene der Spitzenpolitiker, konkret im Koalitionsausschuss bzw. zwischen den drei Parteivorsitzenden. Dieser Befund ist aus theoretischer Perspektive insofern bedeutsam, als eine zentrale Aussage der „Punctuated-Equilibrium-Theory“ darin besteht, dass die Wahrscheinlichkeit einer radikalen Veränderung dann zunimmt, wenn ein politisches Thema bzw. Problem von der Ebene der Spezialisten, dem „Subsystem“, auf eine „Makroebene“ kommt und Entscheidungen daher außerhalb des Subsystems von Spitzenpolitikern getroffen werden. Der Widerstand gegen die Formulierung des Gesundheitsfonds war angesichts der sehr unterschiedlich verteilten Machtressourcen ohne Erfolgchance: Angesichts der breiten Mehrheit der Großen Koalition sowohl im Bundestag als auch im Bundesrat fehlte den Gegnern des Gesundheitsfonds ein durchsetzungsstarker Partner aus dem politischen Entscheidungssystem.

Aus einer theoretischen Perspektive kann man die Genese des Gesundheitsfonds überzeugend nur multikausal erklären: Neben der bereits erwähnten „Punctuated-Equilibrium-Theory“, kann man die Formulierung des Fonds auch mit Hilfe der „Vetospieler-Theorie“ und dem Historischen Institutionalismus erklären. Aus dieser Perspektive konnten beide Koalitionspartner aufgrund der Stärke des jeweils anderen Koalitionspartners bzw. Vetospielers ihre eigentlichen Maximalvorstellungen „Bürgerversicherung“ bzw. „Prämienmodell“ nicht durchsetzen. Die von der SPD beabsichtigte Einführung einer „Bürgerversicherung“ scheiterte genauso am Veto des Koalitionspartners wie der von der Union intendierte Umstieg auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell. Entsprechend kann

der Gesundheitsfonds aus der Perspektive der „Vetospiele-Theorie“ als „Winset“ bezeichnet werden. Daher war in der Terminologie von Kathleen Thelen kein völliges „Displacement“ des beitragsfinanzierten und segmentierten Krankenversicherungssystems möglich, sondern „nur“ eine modulare Weiterentwicklung im Sinne eines „Institutional Layering“.

6. Die Implementation des Gesundheitsfonds

Damit der Gesundheitsfonds tatsächlich wie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) geregelt zum 1. Januar 2009 starten konnte, waren hierfür noch einige Voraussetzungen zu schaffen. Zu diesen zählten die Entschuldung aller Krankenkassen, die Regelung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, d. h. vor allem Ausgestaltung und Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die Umsetzung der Konvergenzregelung, welche die Mittelabflüsse aus bestimmten Ländern begrenzen sollte, die Ausgestaltung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen einschließlich der Enthftung der Länder sowie schließlich die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes mit Wirkung ab 1. Januar 2009 (ausführlich bei Priesel 2012, Kapitel 6). Die politisch besonders umkämpften Herausforderungen bestanden dabei in der Ausgestaltung der risikoadjustierten Zuweisungen und der Konvergenzregelung. Auf diese beiden Aspekte wird daher nachfolgend etwas ausführlicher eingegangen.

6.1 Die Ausgestaltung der risikoadjustierten Zuweisungen

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds legen fest, wie das Geld aus dem Fonds auf die einzelnen Krankenkassen verteilt wird. Der durch das GKV-WSG neugefasste § 266 SGB V „Zuweisungen

aus dem Gesundheitsfonds“ unterscheidet folgende Arten von Zuweisungen: Eine Grundpauschale, risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Versicherten- bzw. Risikostrukturen („Morbi-RSA“) und sonstige Zuweisungen. Die Grundpauschale sowie die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen der Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten. Im Startjahr des Gesundheitsfonds entfielen rund 94 Prozent aller Zuweisungen auf die risikoadjustierten Zuweisungen.

Bezüglich der Ermittlung sowohl des Verfahrens als auch der Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge kommt dem Bundesversicherungsamt (BVA) die Schlüsselstellung zu. Mit dem GKV-WSG regelte die Große Koalition, dass das BVA die Höhe der Zuweisungen ermittelt und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuweist (§ 266 Abs. 4 SGB V). Eine Hauptaufgabe des BVA ist die Auswahl der Krankheiten, für die die Krankenkassen gesonderte Zuweisungen erhalten sowie die Auswahl eines Versichertenklassifikationsmodells, mit dem die Höhe der jeweiligen Zuschläge bestimmt wird. Der Prozess der Auswahl der zuweisungsrelevanten Krankheiten sowie die Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells war ein politisch höchst umstrittenes und umkämpftes Geschehen, da unterschiedliche Interessen vor allem seitens der einzelnen Kassenarten bzw. Krankenkassen, aber auch weiterer Akteure, wie Selbsthilfegruppen etc. im Spiel waren.² Dies überrascht

nicht, denn schließlich geht es bei den Zuweisungen um sehr viel Geld und auch um die relative Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenkassen.

Zur fachlichen Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidung des BVA bestellte das BMG nach Anhörung der Spitzenverbände einen interdisziplinär besetzten „Wissenschaftlichen Beirat“ beim BVA. Dieser wählte in seiner konstituierenden Sitzung am 29. Mai 2007 Prof. Gerd Glaeske zu seinem Vorsitzenden. Zu den Hauptaufgaben des Beirates gehörte die Beratung des BVA bei der Auswahl, Anpassung und Pflege eines Klassifikationsmodells für die Bildung der Morbiditätsgruppen sowie die Erarbeitung eines Vorschlages für die Auswahl der gesetzlich festgelegten 50 bis 80 Krankheiten. Der Wissenschaftliche Beirat war bei der Erarbeitung seiner Vorschlagsliste an die Vorgaben der von der Politik formulierten rechtlichen Vorgaben gebunden. Diese Vorgaben finden sich insbesondere in der im Rahmen des GKV-WSG geänderten Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Demnach hatte die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells so zu erfolgen, dass es keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen gibt und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden (§ 31 Abs. 1 RSAV). Der Wissenschaftliche Beirat war in der schwierigen Lage, dass der Gesetzgeber in der RSAV einerseits und dem GKV-WSG andererseits unterschiedliche Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung der Prävalenz von Krankheiten machte: In der RSAV ist die Vorgabe enthalten, wonach es nur für die Krankheiten gesonderte Zuweisungen geben darf, deren Durchschnittskosten mindestens 50 Prozent über den Durchschnittskosten aller Krankheiten liegen (§ 31 Abs. 1 RSAV). Daraus ergibt sich, dass auf die Höhe der Kosten der Krankheit unabhängig von deren Prävalenz

² Der damalige Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirat, Prof. Dr. Gerd Glaeske, berichtete in einem Experteninterview mit dem Verfasser von immensem Druck, der auf den Beirat ausgeübt wurde: Er sei schon in vielen Beiräten gewesen, aber nie sei er solch einem starkem Druck ausgesetzt gewesen, wie während seiner Zeit als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates. Dieser Druck kam nach seinen Aussagen von Krankenkassen, von Selbsthilfegruppen sowie von einzelnen Bundestagsabgeordneten (Interview 44).

abzustellen ist. In der Begründung zum GKV-WSG hingegen findet sich allerdings ein Hinweis, dass der Gesetzgeber nicht nur auf eine fallbezogene Kostenbetrachtung Wert legt, sondern auch die Kostenbelastung, die einer Krankenkasse insgesamt entsteht, also unter Berücksichtigung der Prävalenz der entsprechenden Krankheit (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3950:204). Der Wissenschaftliche Beirat hatte dieses Dilemma – hohe Kosten bei eher seltenen Krankheiten versus weniger hohe Kosten bei hoher Prävalenz – erkannt. Er versuchte es dadurch zu lösen, indem er zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit die diagnosebezogenen Kosten nicht linear, sondern logarithmisch mit der Prävalenz gewichtet hat (Busse et al. 2007:25, vgl. auch Glaeske 2008:46f).³

Anfang Januar 2008 wurde das Gutachten des Beirates vorgelegt. In diesem sind exakt 80 Krankheiten aufgeführt (Busse et al. 2007). Somit schöpfte der Wissenschaftliche Beirat den gesetzlich vorgegebenen Rahmen, d. h. die Bandbreite von 50 bis 80 Krankheiten, voll aus. Das Gutachten fand eine breite Resonanz nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch bei den Printmedien; nahezu alle relevanten Tageszeitungen berichteten ausführlich über das vorgelegte Gutachten. Naturgemäß mit noch größerem Interesse als die Journalisten warteten freilich die Experten der Krankenkassen und deren Verbände auf das Gutachten – schließlich war dieses die Basis für die Entscheidung des BVA hinsichtlich der Krankheitsauswahl. Diese wiederum hatte ganz erhebliche Auswirkungen auf die Finanzausstattung einer Krankenkasse und somit auf deren relative Wettbewerbsposition. Auch Vertreter von Selbsthilfegruppen nahmen das Gutachten sehr interessiert

zur Kenntnis, um zu eruieren, ob „ihre“ Krankheit in der Liste der 80 Krankheiten enthalten ist. Dieses Interesse ist eine Folge der Hoffnung, dass Betroffene von einer der ausgewählten Krankheiten künftig besser versorgt werden, da für deren Versorgung in der neuen Welt des Morbi-RSA mehr Geld zur Verfügung steht. Umgekehrt hatten Selbsthilfegruppen die Sorge, dass Menschen, die das Pech haben an einer nicht auf der Liste enthaltenen Krankheit zu leiden, künftig schlechter versorgt werden.

Wie nicht anders zu erwarten, unterschieden sich die Einschätzungen und die daraus resultierenden Statements der einzelnen Akteure ganz erheblich: Den einen ging die Liste und somit auch das damit zusammenhängende Umverteilungsvolumen zwischen den Krankenkassen viel zu weit, den anderen nicht weit genug (ausführlich und mit Zitaten bei Pressel 2012:154ff). Dabei kann man folgenden Zusammenhang herstellen: Je besser die Risikostruktur einer Krankenkasse ist, desto höher das Interesse an einer „schlanken“ Liste. Im anderen Fall hatten Krankenkassen mit einer ungünstigeren Versichertenstruktur naheliegenderweise Interesse an einer vergleichsweise umfassenden Umverteilung und somit einer breiten Liste. In Bezug auf den bereits erwähnten Aspekt der Prävalenz ergibt sich aus dieser Interessenkonstellation folgender Zusammenhang: Kassen mit einer guten Versichertenstruktur hatten und haben Interesse an einer allenfalls geringen Berücksichtigung der Prävalenz, während Kassen mit eher ungünstigen Versichertenstrukturen aus betriebswirtschaftlichen und wettbewerbspolitischen Gründen ein hohes Interesse an der Berücksichtigung der Krankheitshäufigkeit hatten bzw. haben.

Ende März 2008 trat der Wissenschaftliche Beirat geschlossen zurück. Was genau zu dem Rücktritt geführt hat, lässt

sich nicht mit Gewissheit feststellen; die Aussagen hierzu variieren stark (Interviews 5 und 44). Der im BVA für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zuständige Referatsleiter, Dirk Göppfarth, sprach von einer „Gemengelage von Gründen“ und davon, dass er den Rücktritt des Beirats nicht so richtig verstanden habe (Interview 5). Jedenfalls habe das BVA mehrere Versuche unternommen, mit dem Beirat einen Konsens zu erzielen. Dies sei aber leider nicht möglich gewesen, da der Beirat auf seiner Liste bestand und in keiner Weise kompromissbereit gewesen wäre. Das BVA habe die Empfehlungen des Beirates nicht vollständig übernehmen können, da die von den Wissenschaftlern vorgelegte Liste aufgrund der nur geringen Berücksichtigung der Prävalenz nicht der Intention des Gesetzgebers entsprochen habe. Der damalige Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirates, Prof. Gerd Glaeske, hat eine andere Sicht der Dinge: Er begründete den Rücktritt des Beratergremiums im Wesentlichen mit den massiven und wiederholten Versuchen der Beeinflussung des Beirates durch das BMG (Interview 44). Das Ministerium verfolgte nach den Aussagen des Wissenschaftlers insbesondere folgende zwei Ziele: Zum Einen drängten die Mitarbeiter des BMG auf eine Einbeziehung der Volkskrankheiten, für die es sog. „Strukturierte Behandlungsprogramme“ gibt. Hintergrund hierfür war die Einschätzung des BMG, man könne es sich politisch nicht leisten, auf eine Berücksichtigung dieser Krankheiten zu verzichten. Zweitens wollte nach Einschätzung von Prof. Glaeske das BMG die sogenannten „Versorgerkassen“, also die Kassen mit vielen chronisch kranken Versicherten, durch eine Berücksichtigung der weit verbreiteten Krankheiten begünstigen, da dies der Wille des Gesetzgebers sei. Das BVA begann auf Basis der Empfehlungen des

³ Bei der Logarithmusfunktion wird das Kostenkriterium weniger stark mit der Prävalenz verknüpft als dies bei Potenz- bzw. Wurzelfunktionen der Fall wäre (Busse et al. 2007:25).

Beirates und der dazu eingegangenen Stellungnahmen mit der Ausarbeitung einer eigenen Krankheitsliste. Dessen Existenz dieser „Parallelliste“ führte schließlich zum Rücktritt des Beratergremiums.

Der vom BVA erstellte neue Entwurf der Krankheitsliste ersetzte einige Krankheiten durch andere. So ergänzte das BVA die ursprüngliche Liste des Beirates unter anderem um die Krankheiten, für die es strukturierte Behandlungsprogramme gibt. Erreicht wurde diese Änderung dadurch, dass für die Auswahl der Krankheiten statt eines Logarithmus eine Wurzelfunktion zugrunde gelegt und somit die Bedeutung der Prävalenz gestärkt wurde. Nach der Liste des BVA erhalten die Krankenkassen für ca. 39,5 Prozent ihrer Versicherten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA; nach dem Gutachten des Beirates wären es lediglich 23,2 Prozent gewesen (Glaeske 2008:49).

Die Ausgestaltung der Zuweisungen kann man mit der Tauschtheorie erklären: Die Bundesregierung und insbesondere das BMG hatten im Vorfeld der Bundestagswahl 2009 großes Interesse an einer Beruhigung und Versachlichung der öffentlichen Diskussion über den Gesundheitsfonds sowie daran, dass im Wahljahr keine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss. Im Tausch gegen eine für sie günstige Ausgestaltung der Zuweisungen stellten die sog. „Versorgerkassen“ ihre zuvor öffentlich vorgetragene Kritik am Gesundheitsfonds weitgehend ein und verzichteten im Wahljahr auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages.

6.2 Die Änderung der Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds

Während des Gesetzgebungsprozesses zum GKV-WSG war die Frage der finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds bezogen auf die einzelnen Bundesländer einer der zentra-

len Streitpunkte. Daher wurde mit dem § 272 SGB V („Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds“, sog. „Konvergenzklausel“) eine Vorschrift in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, die den zusätzlichen Mittelabfluss eines Bundeslandes auf maximal 100 Mio. Euro pro Jahr begrenzen soll. Diese Regelung zielt darauf ab, die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen der Krankenkassen eines Bundeslandes des Jahres 2008 den Zuweisungen der Krankenkassen in diesem Bundesland im Jahr 2009 gegenüberzustellen. Sofern die fortgeschriebenen Beitragseinnahmen um mehr als 100 Mio. Euro über den Zuweisungen aus dem Fonds liegen, sollten zur Kompensation des Mittelabflusses weitere Zuweisungen an diese Krankenkassen fließen. Nach dem Wortlaut des § 272 SGB V in der Fassung des GKV-WSG werden diese zusätzlichen Zuweisungen durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen an Krankenkassen in anderen Ländern, deren Beitragssätze vor Einführung des Gesundheitsfonds unterhalb des Bundeschnittes lagen und die somit durch den bundeseinheitlichen Beitragssatz höhere Einnahmen bzw. Zuweisungen erhalten, finanziert.

Im Rahmen der Anhörung zum Entwurf des GKV-WSG äußerten Experten des BVA wiederholt Zweifel an der Umsetzbarkeit der insbesondere auf Druck des damaligen Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern, Edmund Stoiber, zustande gekommenen Konvergenzregelung. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt entschloss sich daher, ein Gutachten zur Umsetzbarkeit der Konvergenzklausel in Auftrag zu geben. Auftragnehmer war ein Team von drei Wissenschaftlern. Das Gutachtertrio legte im April 2008 ihr Gutachten „Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)

vor (Wasem/Buchner/Wille 2008). Desse-
sen zentrales Ergebnis lautet: „Wenn die Intention des Gesetzgebers auch grundsätzlich erkennbar ist, ist die gesetzliche Regelung zugleich dennoch in hohem Maße inkonsistent und lässt sich bei einer wörtlichen Auslegung nicht umsetzen.“ (Wasem/Buchner/Wille 2008:4). Da diese Regelung nicht umsetzbar war, entwickelten die Gutachter einen Vorschlag, wie das vom Gesetzgeber Gewollte technisch umgesetzt werden könnte. Nach der auf dieser Basis durchgeführten Modellrechnung hätte insbesondere Sachsen entsprechende Finanzmittel aufbringen müssen.

Im Rahmen der ersten Lesung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) kündigte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zeitnah umsetzbare Vorschläge zur Umsetzung der Konvergenzklausel an. Die Lösung konnte bereits zwei Wochen später gefunden werden. Sie sah folgendermaßen aus: An der Regelung, wonach Länder, deren zusätzlicher Mittelabfluss als Folge der Einführung des Gesundheitsfonds die 100 Mio. Euro-Grenze übersteigt, zur Kompensation gesonderte Zuweisungen erhalten, blieb es. Neu war, woher das Geld für diese Zuweisungen kommen soll: Diese Zuweisungen sollten nun nicht mehr durch Kürzungen der Zuweisungen bei Ländern wie Sachsen gegenfinanziert werden, sondern aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen. Diese Regelung geht nach Angaben der Landesregierung von Baden-Württemberg auf eine Absprache der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten der unionsgeführten Länder zurück (Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/2401:4). Da durch diese Einigung der Widerstand von Ländern wie Sachsen eingestellt wurde, konnte die Konvergenzklausel entsprechend modifi-

ziert werden. Dies geschah in Form von Änderungsanträgen, die im Rahmen des „GKV-OrgWG“ von den Regierungsfractionen eingebracht und beschlossen wurden. Die geänderte Konvergenzklausel konnte somit zum 1. Januar 2009 in Kraft treten. Nachdem auch Lösungen für die Frage der Enthftung der Länder im Falle einer Insolvenz einer landesunmittelbaren Krankenkasse gefunden wurden und der einheitliche Beitragssatz von der Bundesregierung festgelegt wurde (vgl. hierzu Pressel 2012:171ff), konnte der Gesundheitsfonds wie vorgesehen zum 1. Januar 2009 starten.

7. Die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds durch die christlich-liberale Bundesregierung

Die Bundestagswahl 2009 führte zu einem Ende der Großen Koalition. Diese wurde durch eine christlich-liberale Bundesregierung abgelöst. Zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland wurde mit Dr. Philipp Rösler ein Mitglied der FDP Bundesminister für Gesundheit. Die Umsetzung der im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Bundesregierung angekündigten langfristigen grundlegenden Umgestaltung der Finanzierungsordnung gestaltete sich sehr schwierig. Besonders problematisch dabei war die Tatsache, dass die entsprechende Passage des Koalitionsvertrages von den einzelnen Partnern der Bundesregierung völlig unterschiedlich interpretiert wurde. Insbesondere die CSU lehnte den von der FDP angestrebten Umstieg auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell ab.

Ende Februar 2010 beschloss das Bundeskabinett die Einsetzung einer Regierungskommission. Der „Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesund-

heitswesens“ unter der Leitung des damaligen Gesundheitsministers Dr. Philipp Rösler gehörten neben dem BMG sieben weitere Bundesministerien an. Die Hauptaufgabe der Kommission war es eine Lösung für die zwar im Koalitionsvertrag angekündigte, innerhalb der Bundesregierung aber höchst umstrittene langfristige Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Beiträge sowie eine geeignete Konstruktion für den geplanten Sozialausgleich zu finden. Insbesondere aus den Reihen der CSU wurden wiederholt deutliche Vorbehalte gegen eine „Kopfpauschale“ erhoben. Bereits vor dem offiziellen Start der Regierungskommission bezeichnete der damalige Gesundheitsminister des Freistaates Bayern, Markus Söder (CSU), die Regierungskommission als „sinnlos“ (zitiert nach Ärzte Zeitung, 02.03.2010) und sagte ihr eine kurze Dauer voraus. Wenige Tage vor der geplanten vierten Sitzung der Regierungskommission am 20. Mai 2010 wurde diese abgesagt. Die offizielle Begründung hierfür lautete, die Eckpunkte des BMG seien schon so konkret, dass der Minister zunächst die Partei- und Fraktionsvorsitzenden informieren möchte, bevor er wieder die Regierungskommission einberufen werde. Die Regierungskommission kam allerdings nie wieder zusammen. Die Arbeit der Regierungskommission ging zu Ende, bevor sie richtig begann. Den Beteiligten wurde schnell klar, dass man sich innerhalb der Kommission nicht auf ein konsentiertes Modell einigen werde. Dies lag primär daran, weil insbesondere die damalige Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ilse Aigner (CSU), die Vetospielerrolle der CSU verkörperte (Interview 45). Die Verantwortlichen im BMG erkannten, dass es wenig sinnvoll ist, diese Sitzungen fortzusetzen. Für zielführender erachteten sie die direkte Abstimmung mit der Ebene der Frakti-

onsvorsitzenden (Interview 45). Im BMG wurde daher entschieden, zur Vorbereitung dieser Gespräche ein von der Regierungskommission unabhängiges Finanzierungsmodell zu erarbeiten.

Nach Information der Vorsitzenden der Regierungsfractionen, allerdings ohne deren explizite Zustimmung, verschickte der damalige Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler am 2. Juni 2010 ein im BMG erstelltes „Modell einer Gesundheitsprämie mit sozial gestaffelten Beitragssätzen“ an die Abgeordneten der Regierungsfractionen. Dieses Modell basiert auf einer Kombination von einer einkommensunabhängigen Prämie, die im Durchschnitt bei rund 30 Euro liegen sollte, sowie einkommensabhängigen Beitragssätzen. Der Sozialausgleich sollte bei den Krankenkassen angesiedelt sein und durch eine gestaffelte Absenkung des Beitragssatzes erfolgen. Das Modell sah hierfür bis zu sechs Beitragssatzklassen vor. Nur einen Tag nach Versand dieses Konzeptes an die Bundestagsabgeordneten von CDU/CSU und FDP war das BMG-Modell schon wieder Geschichte: Es wurde von Kanzlerin Angela Merkel (CDU) nach Gesprächen mit den (damaligen) Parteivorsitzenden Horst Seehofer (CSU) und Guido Westerwelle (FDP), insbesondere wegen der sehr deutlich artikulierten Veto-Position vonseiten der CSU, gestoppt.

Im September 2010 beschloss das Bundeskabinett den Entwurf des „Gesetz zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der GKV (GKV-Finanzierungsgesetz)“. Dieser Entwurf enthält auch Änderungen des Gesundheitsfonds. Das GKV-Finanzierungsgesetz wurde vom Deutschen Bundestag in 2./3. Lesung am 12. November 2010 nach hitziger Debatte mit der Mehrheit der Regierungskoalition gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet und trat zum 1. Januar 2011 in Kraft. Der Beitragssatz in der GKV stieg

um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens. Der Beitragsanteil der Arbeitgeber wurde dauerhaft auf 7,3 Prozent eingefroren, der Anteil der GKV-Mitglieder auf 8,2 Prozent. Künftige Ausgabensteigerungen werden über Zusatzbeiträge finanziert werden, die die GKV-Mitglieder alleine zu tragen haben. Die Höhe des Zusatzbeitrages ist seit Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes nicht mehr limitiert; die 2007 beschlossene Überforderungsklausel bei Zusatzbeiträgen wurde gestrichen. Somit kam es wenige Jahre nach Einführung des Gesundheitsfonds zu einem zweiten Paradigmenwechsel: dem endgültigen Ende der paritätischen Finanzierung der GKV. Flankierend wurde ein Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des individuellen Bruttoeinkommens, erfolgt der Sozialausgleich. Dieser orientiert sich am vom GKV-Schätzerkreis prospektiv festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrag des Folgejahres. Die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds durch die christlich-liberale Bundesregierung kann man mit einer Kombination der Vetospieler-Theorie und dem Historischen Institutionalismus erklären: Mit der Einführung des Gesundheitsfonds durch die Große Koalition wurde ein neuer Pfad beschritten. Das von der FDP zunächst angestrebte „Displacement“ des Gesundheitsfonds und das Ersetzen der einkommensabhängigen Beiträge durch eine einkommensunabhängige Prämie scheiterte am Veto der Union, insbesondere der CSU. Somit war nur eine Weiterentwicklung im Sinne des „Institutional Layering“ möglich: An dem Gesundheitsfonds wurde grundsätzlich festgehalten, er wurde aber insbesondere durch die Festschreibung des Arbeitgeberanteils sowie die damit einhergehende Aufhebung der Beschränkung des Zusatzbeitrages modular weiterentwickelt.

8. Auswirkungen des Gesundheitsfonds – Zwischenbilanz nach fünf Jahren

Nach einer Darstellung und Erklärung der Entstehung, Einführung und Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds werden in diesem Abschnitt dessen wesentlichen Auswirkungen beschrieben. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich dabei auf die ersten fünf Jahre nach Start des Gesundheitsfonds, also den Zeitraum 01.01.2009 bis 01.01.2014.

Deutliche Intensivierung des Wettbewerbs seit Erhebung von Zusatzbeiträgen

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kam Anfang 2010 richtig in Schwung. Ab Februar 2010 begannen die ersten größeren Krankenkassen damit, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Zur Mitte des Jahres 2010 mussten 16 Kassen einen Zusatzbeitrag erheben. Anfang 2011 erhoben von den damals rund 160 Krankenkassen 14 einen Zusatzbeitrag von in der Regel acht Euro. Unter den Krankenkassen mit Zusatzbeitrag befanden sich große und kleine Kassen unterschiedlicher Kassenarten. Angesichts großzügig bemessener Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mussten in 2012 nur sehr wenige Krankenkassen und in 2013 gar keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben; einige zahlten eine Prämie. Auch zu Beginn des Jahres 2014 gibt es keine Krankenkasse mit Zusatzbeitrag. Mehr als 20 Krankenkassen schütteten 2014 eine Prämie – in unterschiedlicher Höhe – an ihre Mitglieder aus.

Die Annahme und Zielsetzung des Gesetzgebers, die mit den Systemelementen „Zusatzbeitrag“ und „Prämie“ verbundene erhöhte Transparenz hinsichtlich des Preises einer Krankenkasse

würde zu deutlichen Mitgliederbewegungen führen, hat sich eindrucksvoll bestätigt: Viele Kassen mit Zusatzbeitrag verloren dramatisch Mitglieder; Mitgliederverluste in der Größenordnung von weit über zehn Prozent waren insbesondere in den Jahren 2010 und 2011 keine Seltenheit. Mitgliederwanderungen in diesen Dimensionen gab es in der Zeit vor Einführung des Gesundheitsfonds nicht. Umgekehrt gehören Kassen, die eine Prämie ausschütten, zu den Gewinnern der Mitgliederwanderungen. Die deutliche Zunahme der Mitgliederwanderungen spricht eindeutig dafür, dass die Intention des Gesetzgebers, den Wettbewerb durch das Systemelement „Zusatzbeitrag“, der direkt von der Krankenkasse eingefordert wird und nicht über das vergleichsweise weniger transparente Lohnabzugsverfahren organisiert ist, zu stärken, voll aufgegangen ist. Das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ trägt insofern seinen Namen zu Recht.

Kritisch muss man allerdings an dieser Stelle anmerken, dass es sich bei diesem Wettbewerb überwiegend um einen reinen Preiswettbewerb handelt. Bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds warnte der Vorstandsvorsitzende der DAK, Prof. Herbert Rebscher, mehrfach vor einem „Leistungsverweigerungswettbewerb“. Tatsächlich ist es so, dass das strategische Handeln der Krankenkassen in erster Linie darauf ausgerichtet war und ist, bloß keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. So sinnvoll ein Wettbewerb um Effizienz und somit niedrige Preise auch ist, der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte sich nicht darauf beschränken. Vielmehr ist es wichtig, dass es ergänzend auch einen Wettbewerb um die beste Versorgung gibt. Hierfür brauchen die Krankenkassen allerdings dann auch die entsprechenden Möglichkeiten.

Rückgang der Anzahl der Krankenkassen

Die Intensivierung des Wettbewerbs sowie die mit dem Gesundheitsfonds bzw. dem Morbi-RSA deutlich gestiegenen Anforderungen an die Managementkompetenz bei der Führung von Krankenkassen führte zu einem deutlichen Rückgang der Anzahl an Krankenkassen: Gab es zum Start des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 noch über 200 gesetzliche Krankenkassen, so liegt deren Anzahl fünf Jahre später bei rund 130. Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich somit innerhalb von fünf Jahren um rund ein Drittel reduziert. Überwiegend erfolgte dieser Rückgang in Form von Fusionen. Allerdings gab es im Jahr 2011 auch erste Schließungen von Krankenkassen: Mit der „City BKK“ und der „BKK für die Heilberufe“ musste das BVA zwei Betriebskrankenkassen wegen fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit schließen.

Verbesserung der Zielgenauigkeit durch den Morbi-RSA

Die Einführung des Morbi-RSA war im Vorfeld der Einführung des Gesundheitsfonds ein zentraler Streitpunkt sowohl innerhalb der Großen Koalition als auch zwischen den Krankenkassen. Im Herbst 2010 beauftragte die damalige Bundesregierung den Wissenschaftlichen Beirat des BVA mit der Erstellung eines Evaluationsberichtes zu den Wirkungen des Morbi-RSA. Dieser Bericht wurde im Juni 2011 fertiggestellt. Dessen zentrales Ergebnis lautet: Mit dem Morbi-RSA wird die unterschiedliche Morbiditätslast der jeweiligen Krankenkassen deutlich besser abgebildet als im „alten“ Risikostrukturausgleich, ohne dass es dabei zu einem Übersteuern kommt (Drösler et al. 2011:87).

Auf die Ebene von Versichertengruppen bezogen, stellen auch nach Einfüh-

rung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Gesunde weiterhin die „beste“ Versichertengruppe dar: Bei der Gruppe der Versicherten ohne Krankheit liegen die Zuweisungen um rund zehn Prozent über den Ausgaben dieses Kollektivs; konkret gibt es für diese Gruppe eine Deckungsquote von 110,2 Prozent (Drösler et al. 2011:57). Anders sieht es bei den kranken Versicherten aus. Dabei besteht folgender Zusammenhang: Je höher die Anzahl der Krankheiten, desto höher die Unterdeckung. Nach den Berechnungen der Wissenschaftler liegt die Deckungsquote bei Versicherten mit Zuschlägen für mindestens vier Krankheiten bei 94,4 Prozent (Drösler et al. 2011:57). Handlungsbedarf besteht nach Auffassung der Wissenschaftler insbesondere bei den Zuweisungen für Versicherte, die in einem Berichtsjahr verstorben sind, da das gegenwärtige Verfahren dazu führt, dass „die Ausgaben Verstorbener den Risikogruppen nur unvollständig zugerechnet werden und die ermittelten standardisierten Leistungsausgaben insbesondere in Risikogruppen, die eine hohe Mortalität aufweisen, systematisch zu niedrig ausfallen.“ (Drösler et al. 2011:5). Die Folge dieses Methodenfehlers ist, dass Krankheiten mit hoher Mortalität systematische Unterdeckungen aufweisen. Auch an anderen Stellen, so beispielsweise bei den Zuweisungen für Krankengeld, sieht der Evaluationsbericht Optimierungsbedarf.

Kein überproportionaler Anstieg der Diagnosezahlen und kein Rückgang der Ausgaben für Prävention

Neben der Frage der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten hatte im Vorfeld der Einführung des Gesundheitsfonds die Sorge bestanden, der Morbi-RSA könne zu einem nicht gerechtfertigten Anstieg der Diagnosezahlen (Stichwort „Upcoding“) und zu einem Rückgang von Präventionsmaßnahmen

führen. Zur Frage, ob die Diagnosezahlen nach Einführung des Morbi-RSA ange-
stiegen sind, gibt es neben dem erwähnten Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirates (Drösler et al. 2011) auch einen Ende 2010 veröffentlichten Aufsatz des BVA-Präsidenten, Dr. Maximilian Gaßner, und Fachleuten der Bonner Behörde (Gaßner et al. 2010). Das zentrale Ergebnis beider Publikationen lautet: Ja, seit Einführung des Gesundheitsfonds ist ein Anstieg der Diagnosezahlen zu verzeichnen. Dies deutet auf den ersten Blick darauf hin, dass es tatsächlich so etwas wie „Upcoding“ gibt. Allerdings – und dies ist der entscheidende Punkt – sind die Diagnosezahlen auch bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds ange-
stiegen, und zwar sogar noch stärker als nach dessen Einführung (Drösler et al. 2011:7, Gaßner et al. 2010:11).⁴ Das Fazit sowohl des Wissenschaftlichen Beirates als auch des BVA-Präsidenten und seiner Ko-Autoren lautet: Es gibt „keinen Hinweis, dass der Anstieg der Diagnosen sachlich oder zeitlich mit der Einführung des morbiditätsorientierten RSA zu tun hat.“ (Gaßner et al. 2010:18; sinngemäß auch Drösler et al. 2011:7). Auch die Annahme, die Einführung des Morbi-RSA würde zu einem Rückgang der Präventionsbemühungen der Krankenkassen führen, da diese Interesse an möglichst vielen Kranken hätten, hat sich empirisch nicht bestätigt. Im Gegenteil: Seit Einführung des Gesundheitsfonds sind die

⁴ Auf Basis von existierender Literatur sowie eigener Überlegungen führen die Autoren als mögliche Gründe für den Anstieg der Diagnosezahlen folgende vier Aspekte an (Gaßner et al. 2010:14): Änderungen in der Versichertenstruktur, d. h. Folgen der demographischen Veränderung, Änderungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes, Änderungen im Kodierverhalten der Ärzte und Änderungen bei der datentechnischen Erfassung der Diagnosen. Nach empirischer Überprüfung der Hypothesen zeigte sich, dass sich der Diagnoseanstieg seit Einführung des Gesundheitsfonds insbesondere mit verbesserter Diagnostik, verfeinerten Kodiervorgaben und größerer Sorgfalt der Ärzte bei der Kodierung erklären lässt (Gaßner et al. 2010:18).

Ausgaben für Prävention sogar gestiegen (Gaßner et al. 2011).⁵

Geringere landesspezifische Verteilungswirkungen als angenommen

Die landesspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds waren deutlich geringer als in den Jahren 2006 bis 2008 angenommen. Bereits im Haushaltsjahr 2010 waren nach Angaben des BVA die landesspezifischen Umverteilungswirkungen des Gesundheitsfonds so gering ausgefallen, dass es keine Zuweisungen aufgrund der Konvergenzklausel gab (BVA Pressemitteilung vom 22.11.2011). Diese gibt es weiterhin nicht.

Veränderung von Governance im Gesundheitswesen und fehlende Planbarkeit der Steuerzuschüsse

Aus einer Governance-Perspektive lassen sich folgende Aspekte festhalten: Neben der durch die Kompetenz der Festlegung des GKV-Beitragssatzes deutlich gestärkten Rolle des Bundesgesundheitsministeriums bzw. formal der Bundesregierung gibt es seit Einführung des Gesundheitsfonds mit dem BVA einen neuen, mit erheblichen Kompetenzen ausgestatteten gesundheitspolitischen Akteur. Ebenfalls zugenommen hat wegen der erhöhten Steuerfinanzierung der GKV die Bedeutung des Akteurs „Bundesfinanzministerium“ (BMF). Kritisch ist in diesem Zusammenhang die fehlende Zuverlässigkeit der Steuerzuschüsse zu erwähnen; hier kam es während der letzten fünf Jahre zu einem ständigen „Auf und Ab“. Aus einer internationalen Perspektive lässt sich in Anlehnung an die Unterscheidung in bestimmte Typen von Gesundheitssystemen eine gewisse Niveau-Verschiebung weg vom Bismarck-System hin zu einem stärker staatsnäheren Typ identifizieren. Von einer eindeutigen Abkehr vom

„Bismarck-Typ“ sollte man allerdings mit Blick auf das deutsche Gesundheitswesen nicht sprechen. Eher handelt es sich bei diesem um eine Hybrid-Form. Auch nach Einführung des Gesundheitsfonds gibt es im deutschen Gesundheitswesen trotz starkem Bedeutungszugewinn insbesondere der Akteure „BMG“ „BVA“ und „BMF“ weiterhin Selbstverwaltung und noch immer dominiert die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge.⁶

9. Ausblick: Gesundheitsfonds – quo vadis?

In dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung finden sich nur sehr wenige Zeilen zur zukünftigen Finanzierung der GKV. Der Gesundheitsfonds steht jedenfalls nicht ansatzweise zur Diskussion. Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt. Auch der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die einzige mit Blick auf den Fonds relevante Veränderung besteht in der Festlegung darauf, dass es künftig nur noch prozentuale Zusatzbeiträge geben darf. Der heute vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten fließt in diesen Zusatzbeitrag ein. Somit werden ab 01.01.2015 wohl die meisten Krankenkassen einen Zusatzbeitrag in Höhe von (mindestens) 0,9 Prozent haben. Aus sozialpolitischer Perspektive ist diese Festlegung richtig, da sich die Finanzierung der GKV bekanntermaßen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip richtet. Aus wettbewerbspolitischer Perspektive hingegen ist diese Entscheidung ambivalent zu bewerten: Die Transparenz des Preissignals ist bei einem prozentualen Zusatzbeitrag, der zudem auch noch direkt vom Lohn abgezogen wird, deut-

lich geringer als ein pauschaler Zusatzbeitrag. Somit könnten die Mitgliederbewegungen zwischen den Krankenkassen zurückgehen. Andererseits bietet der zu vermutende partielle Rückgang der Bedeutung des Preiswettbewerbs die Chance auf ein besser austariertes Verhältnis von Preis- und Versorgungswettbewerb. Diese Annahme ist auch deshalb gut begründet, weil der Koalitionsvertrag der „neuen“ Großen Koalition an einigen Stellen Qualitäts- und Selektivverträge stärkt.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds mit Wirkung ab 2009 wurde hinsichtlich der Finanzierung der GKV ein neuer Pfad beschritten. Nachdem zwischenzeitlich zwei weitere Bundestagswahlen stattfanden und der Gesundheitsfonds diese nahezu unverändert „überstand“ ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit von einer langen „Lebenserwartung“ des Gesundheitsfonds auszugehen. Eher wahrscheinlich als dessen Abschaffung ist eine modulare Veränderung im Sinne des beschriebenen „Institutional Layering“. Irgendwann möglicherweise unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung.

Literatur

- Busse, R. et al (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Berlin.
- Dröser, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. 22.06.2011. Ohne Angaben zum Ort.
- Gaßner, M. et al. (2010): Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen? In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65. Jg., Heft 6/2010. 11–19.
- Gaßner, M./Treusch, C./Göpffarth, D. (2011). Prävention lohnt sich - nach wie vor. In: *Die BKK*, 99. Jg., Heft 4/2011. 222–224.
- George, A. L./Bennett, A. (2005): *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge/Mass: MIT Press.
- Glaeske, G. (2008): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ab 2009. Mehr Rationalität im Wettbewerb der Kassen untereinander? In: Repschläger, U. (Hrsg.), *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2008. Beiträge und Analysen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform ab 2009*. Barmer Ersatzkasse. Wuppertal. 34–57.

5 Im Berichtsjahr 2012 waren die Präventionsausgaben allerdings niedriger als im Vorjahr.

6 Der relative Anteil der Beitragseinnahmen an den Gesamteinnahmen der GKV liegt aktuell (Stand 01.01.2014) bei über 90 Prozent.

ÜBERSICHT

Hall, P. A. (2007): Systematic process analysis. When and how to use it. In: *European Political Science* 2007. 1–14.

Mayntz, R. (2002): Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen. In: Mayntz, R. (Hrsg.), *Akteure - Mechanismen - Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen*. Frankfurt a. M./New York: Campus. 11–44.

Pressel, H. 2012: *Der Gesundheitsfonds: Entstehung, Einführung, Weiterentwicklung, Folgen*. Heidelberg: Springer VS.

Richter, W. F. (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. In: *Wirtschaftsdienst*, 85. Jg. 693–697.

Rose, R. (1993): *Lesson Drawing in Public Policy. A Guide to Learning across Time and Space*. Chatham, New Jersey. Chatham House Publishers.

Streeck, W./Thelen, K. (2005): Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. In: Streeck, W./Thelen, K. (Eds.), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press. 1–39.

Thelen, K. (2002): The Explanatory Power of Historical Institutionalism. In: Mayntz, R. (Hrsg.), *Akteure - Methoden - Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen*. Frankfurt a. M./New York: Campus. 91–107.

Thelen, K. (2009): Institutional Change in Advanced Political Economies. In: *British Journal of Industrial Relations (BJIR)*, September 2009. 471–498.

Tsebelis, G. (2002): *Veto Players. How Political Institutions Work*. Princeton: Princeton University Press.

True, J. L./Jones, B. D./Baumgartner, F. R. (2007): Punctuated Equilibrium Theory - Explaining Stability and Change in Public Policymaking“. In: Sabatier, P. A. (Ed.), *Theories of the Policy Process*. Second Edition. Boulder/Co.: Westview Press. 155–187.

Wasem, J./Buchner, F./Wille, E. 2008: *Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V)*. Essen.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Finanzen (2005): *Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell*. Berlin.

Yin, R. (2003): *Case Study Research: Design and Methods*. Third Edition. Thousand Oaks/London/New Dehli: Sage

Autor

Dr. Holger Pressel

Wüstenrotstr. 4

71638 Ludwigsburg

holger_pressel@web.de

Aus der Rechtsprechung / Vertragsarztrecht

LSG Berlin-Brandenburg

Beschluss vom 28.02.2013 –

L 7 KA 106/12 KL ER

1. Weder der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), ein Verfahren der sog Bestandsmarkt-Nutzenbewertung nach § 35a Abs. 6 Satz 1 SGB V einzuleiten noch seine Aufforderung an einen pharmazeutischen Unternehmer, im Falle des § 35a Abs. 6 Satz 3 SGB V ein Dossier einzureichen, stellen einen Verwaltungsakt dar.

2. Es spricht viel dafür, dass die Auskünfte, die der GBA im Rahmen seiner Beratungsaufgaben nach § 35a Abs. 7 SGB V, §§ 8 und 10 AM-NutzenVO erteilt, weitgehend verbindlich sind.
KrV 2013, 79 = NZS 2013, 584

LSG Berlin-Brandenburg

Urteil vom 15.05.2013 –

L 7 KA 112/12 KL

1. Die Aufforderung zur Einreichung von Nutzenbewertungsdossiers zur Bestandsmarkt-Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (sog. Bestandsmarktaufruf) leitet ein Normsetzungsverfahren ein und ist kein Verwaltungsakt.

2. Sämtliche Entscheidungen im Rahmen von § 35a SGB V dienen der Vorbereitung von Preisvereinbarungen nach § 130b SGB V oder Festbetragsentscheidungen nach § 35 SGB V. Reinen Vorbereitungs-handlungen kommt typischerweise keine Verwaltungsaktsqualität zu.

LSG Berlin-Brandenburg

Urteil vom 07.06.2013 –

L 7 KA 164/09 KL

1. Zu den Anforderungen an einen Therapiehinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (hier: zum Wirkstoff Strontiumranelat).

2. Qualität, Wirksamkeit und medizinische Unbedenklichkeit eines zugelassenen Arzneimittels darf der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der ihm durch § 92 SGB V übertragenen Aufgaben nicht erneut prüfen.

3. In der gesetzlichen Krankenversicherung beschreibt der (Zusatz-) Nutzen eines Arzneimittels den therapeutischen Vorteil gegenüber Therapiealternativen.

4. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Medizin

und Pharmakologie informiert, ist er wie jedes andere staatliche Organ den Geboten der inhaltlichen Richtigkeit und der Sachlichkeit verpflichtet.

LSG Berlin-Brandenburg

Beschluss vom 27.03.2013 –

L 7 KA 87/10

1. Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des erweiterten Bundesschiedsamts nach §§ 115b Abs. 3, 89 Abs. 4 SGB V obliegt den für Vertragsarztrecht zuständigen Kammern bzw. Senaten der Sozialgerichtsbarkeit.

2. Die im AOP-Vertrag 2005 getroffenen Regelungen zur Erstattung der Sachkosten bei ambulantem Operieren im Krankenhaus verstoßen nicht gegen das Gebot einheitlicher Vergütungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern bei Erbringung ambulanter Operationsleistungen nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. (anhängig beim BSG, Az. B 1 KR 16/13 R)

Mitgeteilt von

**Prof. Günther Schneider,
Dresden**

Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch hohe Komplexität und eine Vielfalt von Akteuren und Interessenlagen gekennzeichnet. Dies erschwert belastbare nachhaltige Lösungen oder blockiert sie sogar durch einseitige lobbyistische Zielverfolgung von Institutionen und Unternehmen. Deshalb braucht

das System neue sektorenübergreifende Kommunikationsformen und Lösungen. Voraussetzung dafür ist, dass die Partner ein besseres Wissen voneinander besitzen und gegenseitiges Verständnis füreinander aufbringen.

Hier setzt TRANSFERIS – Leadership in Healthcare an. TRANSFERIS – Leadership in Healthcare qualifiziert Führungskräfte für ein besseres gegenseitiges Verständnis der maßgeblichen gestaltenden Institutionen, Unternehmen und Einrichtungen im Gesundheitssektor. Ziel ist es, eine über den eigenen Arbeitsbereich hinausgehende Systemkompetenz und -verantwortung zu erzeugen. Das Projekt erfolgt in Kooperation mit der GRPG, wird wissenschaftlich von der Universität Bayreuth evaluiert und von der BMW Stiftung Herbert Quandt gefördert.

Zielgruppe sind Führungskräfte und Führungskräftenachwuchs aus:

- Institutionen des öffentlichen Rechts wie Ministerien, Ausschüssen, Instituten, gesetzliche Krankenkassen, Verbände der Leistungserbringer
- Unternehmen der Leistungserbringer und Leistungsträger wie MVZ und Managementgesellschaften
- Krankenhausverbänden: privat & kommunal, konfessionell
- REHA- und Pflege-Einrichtungen
- medizinischen Fachberufen
- Industrie: z. B. Pharma, Medizinproduktehersteller, Heil- und Hilfsmittelhersteller
- Dienstleistern aus den Bereichen:

Finanzen, Recht, Beratung, IT, Management und Organisation

Ein Kernelement des Programms sind Projektbesuche bei maßgeblichen Gestaltern und Akteuren im Gesundheitswesen:

- Einrichtungen wie Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVn), Kassenärztliche Vereinigungen (KVn), Industrie, Krankenhaus oder Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Kommunale Institutionen mit dem Schwerpunkt Gesundheit (Gesundheitsamt, Landratsamt u. a.)

Die Teilnehmer erarbeiten aus den Erkenntnissen des Programms und aus dem Blickwinkel ihres persönlichen Arbeitsalltags Anregungen für sektorübergreifendes Handeln.

Über das TRANSFERIS-Forum wird ein wachsendes Netzwerk gebildet, das dem bereichsübergreifenden Austausch sowie der Projekt- und Perspektivenbildung dient.

Ergebnisse und Zusammenfassungen aus der ersten Runde von TRANSFERIS – Leadership in Healthcare, die unter dem Motto stand: „Widersprüchliche Steuerungsimpulse durch Staat und Markt: Blockade oder Entwicklungschance?“ finden Sie auf den folgenden Seiten. Weitere Berichte folgen in den nächsten Ausgaben.

Gesetzliche Krankenversicherungen: Beispiel AOK Bayern

Zukunft der Versorgung – Regelversorgung oder selektivvertragliche Versorgungsangebote

Aufzeichnungen der Gespräche mit Dr. Helmut Platzer, (Vorsitzender der AOK Bayern), Peter Krase (Ressortdirektor Leistungsmanagement), Martin Steidler (Bereichsleiter Versorgungsmanagement), Dr. med. Gerhard Dahlhoff, (Leiter Stabsbereich Medizin)

Teilnehmer/Autoren: Doris Glaser, Servier; Nadine Heinemann, Sanofi Pasteur MSD; Annette Heusgen, Medtronic; Dr. Kristian Langenberg, GlaxoSmithKline; Dr. Cornelia Lechner, Amgen; Friederike Löser, Klinikum St. Georg gGmbH; Dr. Maximilian Miserok, AOK Bayern; Jens Naumann, Mediatixx; Thorsten Quellmalz, Novartis; Florian Saur, GlaxoSmithKline; Holger Scheffler, Servier; Doris Steinkamp, Deutscher Bundesverband der Diätassistenten e.V.; Dr. Holger Storcks, Medtronic; Dr. Christian Tidona, BioRN; Frank Ziegler, ERGO AG

Rolle und Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen bei der Gestaltung einer nachhaltigen Versorgung

Die AOK Bayern

Die AOK Bayern versichert rund 4,3 Mio. Versicherte in Bayern und ist mit einem Marktanteil von über 40% intensiv an der Gestaltung des Gesundheitswesens in Bayern beteiligt. Mit 250 Geschäftsstellen innerhalb des Freistaates verfügt die AOK Bayern über ein flächendeckendes Netz an ortsnahen Ansprechpartnern und unterstreicht damit die Nähe zum Kunden. Die Gesamtleistungsausgaben betragen gemäß Haushaltsplan 2012 rund 11,4 Mrd. Euro. Zu den größten Posten zählten mit 39% die Krankenhäuser gefolgt von ärztlichen Behandlungen mit 19%. Ausgaben für Arzneien beliefen sich auf 16%.

Aus den AOK-Unternehmenszielen wird deutlich, dass die Kasse auch künftig auf zentrale Werte wie Solidarität und demokratisch legitimierte Selbstverwaltung baut. In der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes steht die AOK Bayern für hohe Qualität in der Versorgung und umfassende Betreuung ihrer Kunden. Aufgrund ihrer starken Position in Bayern ist sie für Politik und Öffentlichkeit ein anerkannter Gesprächspartner auf allen Ebenen.

Wettbewerbsrecht in der GKV

Die Änderungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sehen vor, das Wettbewerbsrecht auf alle wettbewerblichen Tätigkeiten der Krankenkassen auszuweiten. In der Konsequenz würden Krankenkassen somit zukünftig wie privatwirtschaftliche Unternehmen behandelt. Noch im Jahre 2004 hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden, dass Krankenkassen keine

Unternehmen im Sinne des Kartellrechtes sind und dieser Rechtsauffassung ist auch weiterhin das Lager der gesetzlichen Krankenkassen. Tatsächlich arbeiten Krankenkassen heutzutage in vielen unterschiedlichen Bereichen zusammen. So verhandelt der GKV-Spitzenverband derzeit kassenartenübergreifend Rahmenverträge und Versorgungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung. Ausschreibungen im generikafähigen Markt werden federführend von der AOK Baden-Württemberg für das gesamte AOK-System durchgeführt. Zudem könnten durch die Gesetzesänderung auch Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) betroffen sein. Bislang legt der G-BA beispielsweise fest, welche Medikamente aufgrund fehlender Wirksamkeit von den Krankenkassen nicht erstattet werden, welche Präventionsangebote von einer Krankenkasse bezahlt werden, welche Screening-Programme (z. B. Mammografie) und Register (z. B. Endoprothesenregister, Knochenmarkspender) finanziert werden, und es gibt diverse Projekte zur Integrierten Versorgung (IV), in denen in bestimmten Regionen Ärzte und Krankenhäuser zusammenarbeiten. Dies wäre alles nicht mehr möglich, sollte das Kartellrecht auch auf Krankenkassen angewendet werden. Zudem könnte das Kartellrecht gravierende Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten haben. Als marktwirtschaftlich ausgerichtete Unternehmen könnten Krankenkassen die Versorgung von chronisch kranken Patienten vernachlässigen, lautet die Kritik der Krankenkassen. Zusätzlich wäre auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten durch Wegfall kassenübergreifender Arbeitsgemeinschaften (z. B. IT-Bereich, Vertragskooperationen) die Folge. Aus Sicht der AOK Bayern zeigen sich bereits jetzt Grenzen der Solidarität unter den gesetzlichen Krankenkassen.

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen kennzeichnet sich aktuell in Form eines Angebots- und Preiswettbewerbs und wird sich zukünftig zu einem Qualitätswettbewerb entwickeln. Insbesondere haben Zusatzbeiträge gezeigt, dass Mitgliederbewegungen in großem Stile ausgelöst werden, die Kassen in existenzielle Nöte führen können.

Grundsätzliche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Jeder Bürger in Deutschland soll auch zukünftig unabhängig von seinem Wohnort, Einkommen, sozialem Status und davon, bei welcher Krankenkasse er versichert ist, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung haben. Zudem muss diese Versorgung unbedingt bezahlbar bleiben. Dem gegenüber sieht man die größten Herausforderungen im demographischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen und steigender Gesundheitskosten durch einen zunehmenden medizinischen Fortschritt. Eine Balance zwischen Anspruch und Realität zu finden scheint in den nächsten Jahren für die verschiedenen Krankenkassen der Schlüssel zum Erfolg zu sein. Dabei werden die Wettbewerbsfelder mannigfaltig sein. Es wird unter den Krankenkassen einerseits ein noch stärkerer Wettbewerb um Versicherte entstehen, und andererseits werden Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern einen stärkeren wettbewerblichen Charakter bekommen. Eine Finanzierung des Systems bedarf eines Zusammenspiels von Leistungsmanagement, Marktmanagement, Einnahmenmanagement und Versorgungsmanagement. Dazu hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für Versorgungsmanagement als maßgeblichen Wettbewerbsfaktor geschaffen. Durch Selektivverträge können zielgerichtet inhaltliche Schwerpunkte mit aus-

gewählten Leistungserbringern gesetzt werden, in Form von Verträgen nach § 73b SGB V (Hausarztverträge), § 73c SGB V (Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung) und Verträgen nach §§ 140a ff SGB V (integrierte Versorgung). Diese Flexibilisierung schafft Raum für innovative Vertragskonzepte außerhalb des Kollektivsystems zur Differenzierung gegenüber dem Wettbewerb und insbesondere einer Steigerung der Qualität der Versorgung.

Chancen des Versorgungsmanagements

Derzeit ist das Versichertenkollektiv der AOK Bayern geprägt durch eine überdurchschnittliche Morbidität begleitet von hohen Leistungsausgaben. Bayern verfügt über eine überdurchschnittlich hohe Dichte an Leistungserbringern, zu denen aufgrund der regionalen Marktnähe der AOK Bayern ein enger Kontakt besteht. Daneben haben sich durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) geänderte Rahmenbedingungen ergeben. Es besteht nun vermehrt die Möglichkeit zu einer Differenzierung und Individualisierung der Versorgung der Versicherten. Durch den Morbi-RSA ergibt sich zudem eine höhere Transparenz der Morbidität und damit eine bessere Möglichkeit zum Management von Krankheiten. Gleichzeitig ist ein Wettbewerb um die Vermeidung von Zusatzbeiträgen bei gleichzeitiger Sicherung der Qualität entstanden. Dies alles bietet für die AOK Bayern eine Fülle von Chancen, die zukünftig verstärkt genutzt werden sollen.

Ein wichtiger Bestandteil sind differenzierte Versorgungsmanagement-Angebote für alle Versicherten. Für das gesamte Versichertenspektrum, vom Gesunden bis zum Hochkostenpatienten, sollen spezielle Angebote unterbreitet werden können. Dies sind beispielsweise Präventi-

onsmanagement-Programme (Bewegung, Ernährung, Krebscreening, Raucherentwöhnung) für gesunde Versicherte. Im akuten Krankheitsfall finden Fallkoordinationen in Form von Überleitungsmanagement oder Zweitmeinungsverfahren Anwendung. Insbesondere für Chroniker bieten sich Disease-Management-Programme (DMP) an. Hochkostenpatienten sollen mittels eines Case-Managements individuell und intensiv begleitet und geführt werden.

Chancen von Selektivverträgen – Was bringen Selektivverträge den Krankenkassen und ihren Versicherten?

Erklärtes Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) war und ist die stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems. Die Selektivverträge bieten den Kassen eine Möglichkeit, sich von anderen Wettbewerbern zu differenzieren und zu unterscheiden. Die Kassen werden auch zukünftig selektive Vertragsmöglichkeiten nutzen, um sich am Markt besser positionieren zu können.

Innovative Selektivverträge können einen echten Mehrwert für die Versicherten bieten, weit mehr, als es das Kollektivsystem regelhaft leisten kann. Nur eine innovative Krankenkasse mit attraktiven Angeboten für Versicherte und Leistungserbringer wird dieser Qualitätsverantwortung gegenüber den Versicherten gerecht und sich hierdurch vom Wettbewerb abgrenzen können. Dabei gilt es die finanziellen Rahmenbedingungen beim Abschluss von Selektivverträgen zu beachten, wobei Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen sind.

Selektivverträge sind im Rahmen des Versorgungsmanagements geeignet, um unter Morbi-RSA-Bedingungen hoch entwickelte Versorgungsqualität unter Berücksichtigung der epidemiologischen Bedarfslage zu sichern.

Durch die einzelvertragliche Ausgestaltung sektoraler und/oder interdisziplinär fachübergreifender Leistungsangebote kann neben Versorgungsoptimierungen und Qualitätsaspekten auch eine gewünschte Differenzierung im verbleibenden Vertragswettbewerb mit Mehrwertstrategien gegenüber anderen Krankenkassen abgebildet werden. Ein oftmals unterschätzter Aspekt ist die Möglichkeit einer begleitenden Versorgungsforschung zum Erkennen effizienterer Behandlungsmethoden.

Dennoch können Selektivverträge wegen der Komplexität des Systems verbunden mit höherer Bürokratie und Verwaltungsaufwand und damit steigenden Kosten auch ihre Grenzen haben. Nicht zuletzt erhöhen aufwendige Ausschreibungen und mögliche Nichteinigung den Arbeitsaufwand für die Kassen.

In diesem Zusammenhang hat auch das IGES Institut im Jahre 2010 eine Studie zum Instrument Selektivverträge durchgeführt. Die Analyse der IGES Untersuchung ergab weitere mögliche Risiken einer selektivvertraglichen Versorgung:

- Verminderte Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen
- Gemeinsame finanzielle Interessen von Kassen und Leistungserbringern können zulasten von Patienten gehen
- Einschränkung des Versicherten bei der Wahl von Gesundheitsprodukten und –Dienstleistungen
- Effizienzminderung

Zudem könnten Selektivverträge auch Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung bringen. Durch die Kooperation von Krankenkassen mit ausgewählten Krankenhäusern könnten Fahrwege für die Versicherten deutlich weiter werden, wenn bestimmte Eingriffe nur noch in dafür ausgewählten Häusern durchgeführt würden. Wenn 50% der Krankenhäuser ausgewählt würden, änderte sich für Patienten die durchschnittliche Ent-

fernung zum Krankenhaus beispielsweise für Bypass-Operationen von 32 km auf 51 km oder für Geburten von 9 km auf 15 km. Die AOK Bayern würde es allerdings begrüßen, wenn den Krankenkassen auch im stationären Sektor durch den Gesetzgeber die Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen eröffnet würden.

Fazit

Aus Sicht der AOK Bayern sind Kollektivverträge für die Regelversorgung weiterhin notwendig und wichtig. Allerdings sollten Selektivverträge als optionale Möglichkeit für die Schaffung von echten Mehrwerten im Sinne einer qualitativen und quantitativen Weiterentwicklung der Versorgung dienen. Hier bietet mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen eine echte Chance, das Gesundheitssystem effizienter und leistungsfähiger zu gestalten. Würde der Wettbewerb andererseits reduziert, drohe das Niveau der medizinischen Versorgung zu sinken. Insbesondere ist es durch die Implementierung von Selektivverträgen möglich, regionalen Anforderungen Rechnung zu tragen und sektorale Grenzen zu überwinden. Dies wird auch aus gesundheitsökonomischer Sicht seit langem als notwendige gesundheitspolitische Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung angesehen.

Versorgung für Regionen: Versorgungsalltag in der AOK Bayern – Prozesse, Abläufe, Beispiele

Grundlage des Versorgungsmanagements

„Die Logik des Deckungsbeitrages bedingt den Wettbewerb aller Kassen gegen die Durchschnittskosten in der Leistungserbringung und zwingt die Kassen verstärkt zum Aufbau eines Versorgungsmanagements“. Das Versor-

gungsmanagement ist nicht zuletzt auch deswegen von Bedeutung, weil in Bayern bundesweit sehr viele Regionen zu finden sind, bei denen die anfallenden Kosten die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA übersteigen.

Der Morbi-RSA wurde in seiner jetzigen Form im Jahr 2009 eingeführt. Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds pro Versichertem eine Grundpauschale mit Zu- und Abschlägen für Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung sowie Zuschläge für ausgewählte Krankheiten, sofern diese vorhanden sind. Damit soll ein Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Risikostrukturen (Versichertenstrukturen) geschaffen und Krankenkassen mit kränkeren Versicherten mehr Geld als Krankenkassen mit weitgehend gesundem Versichertenklientel zufließen. Für eine Krankenkasse wie die AOK Bayern ist es deshalb von entscheidender Bedeutung:

1. Die Morbiditäten ihrer Versicherten zu kennen. Denn nur dadurch kann die vollständige Zuweisung aller Zuschläge aus dem Morbi-RSA erfolgen und die AOK in die Lage versetzen, kostendeckend zu arbeiten.
2. Die Über- oder Unterdeckungsgrade der verschiedenen HMG (hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) zu kennen, um daraus in Verbindung mit der Auftretenshäufigkeit im Versichertenklientel Handlungsfelder für mögliche Versorgungsoptimierungen zu identifizieren.
3. Auf Basis der ersten beiden Punkte ein versicherten- und morbiditätsorientiertes Versorgungsmanagement aufzusetzen.

Versorgungsmanagement der AOK Bayern

Für die AOK Bayern besteht das Versorgungsmanagement aus drei wesentlichen Bereichen.

- Sicherstellung adäquater Versorgungsstrukturen
- Gewährleistung optimaler Versicherungspfade in Netzen
- Aktive Steuerung der Versorgung durch die Kasse

Diese drei Bereiche bilden das Dach für die Versorgungsleistung der chronisch Kranken und Multimorbiden. Ziel der Krankenkasse ist es dabei, Morbi-RSA-Effekte zu identifizieren, den Versorgungsaufwand durch strategisches und zielgerichtetes Versorgungsmanagement zu optimieren sowie den Scheitelpunkt von Überdeckung zu Unterdeckung zu verschieben. Hierfür bedarf es neben einem medizinischen Grundkonzept der Möglichkeit der Identifikation der entsprechenden Versicherten durch Risikoprädiktion und –stratifizierung. Für die detaillierte Planung sind wichtige Faktoren für ein erfolgreiches Konzept, dass es:

- praxisorientiert sein muss und die Bedürfnisse von Versicherten und Leistungserbringern berücksichtigt
- und für die AOK eine gute Steuerungsmöglichkeit beinhaltet.

Im Folgenden wurden Praxisbeispiele vorgestellt, die hier verkürzt wiedergegeben werden sollen.

Beispiel Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz zählt in Gesamtschau zu den Hierarchisierten Morbiditätsgruppen mit festgestellter Unterdeckung. Entsprechend groß sind die Bemühungen der AOK Bayern, ihre an Herzinsuffizienz erkrankten Versicherten engmaschig zu betreuen. Rund 270.000 Versicherte der AOK Bayern leiden an einer Herzinsuffizienz. Deswegen wurde ein vierstufiges Konzept entwickelt. In der Basisversorgung wird der Versicherte über seine Erkrankung aufgeklärt, der Arzt erstellt unter Einbindung des Versicherten einen Therapieplan. Zusätzlich werden Schu-

lungen zu Ernährung und Bewegung bei Herzschwäche durch medizinisch ausgebildetes Personal der AOK Bayern durchgeführt (erweiterte Basisversorgung). Bei leichter bis mittelschwerer Herzinsuffizienz (ca. 7000 Versicherte pro Jahr) greifen weitere Maßnahmen im Rahmen von Herz Plus. Hier wird der Versicherte telefonisch durch medizinisch ausgebildetes Personal der AOK Bayern betreut. Die Betroffenen lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen, sie erkennen frühzeitig Not-situationen und erhalten Tipps für mehr Gesundheit im Alltag. Sie werden auf die Wichtigkeit der Arztbesuche, der Medikamenteneinnahme und der Gewichtskontrollen hingewiesen. Zur Unterstützung erhält er ein Herztagebuch und Broschüren zu Ernährung und Bewegung.

Für Patienten mit schwerer Ausprägung der Erkrankung (ca. 6000 Versicherte pro Jahr) besteht das Angebot zur Einschreibung in einen integrierten Versorgungs-vertrag inklusive (und zusätzlich) eventuell erforderlichem Intensivmonitoring, das gegebenenfalls auch mittels Teleme-trie unterstützt wird.

Beispiel COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung)

An einem weiteren Beispiel wurde gezeigt, wie wichtig eine genaue Kenntnis von Verhaltensmustern von Ärzten und Patienten mit Bezug zu bestimmten Erkrankungen ist, um als Kasse effektiv und steuernd einzugreifen. 170.000 Patienten mit COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung) verursachten im Jahr 2007 bei der AOK Bayern Leistungsausgaben von insgesamt 765 Mio. €. Durch genaue Analyse konnten Versorgungsschwachstellen identifiziert werden, die mit unterschiedlichen Versorgungsmanagement-Maßnahmen angegangen wurden. Dies zeigt die Vielfalt der steuerbaren Elemente und damit die Möglichkeiten eines guten Versorgungsmanagements auf.

Beispiel Pflegenetz Bayern

Neben den Versorgungsmanagementpro-grammen für ambulant behandelte Pati-enten spielt bei der AOK Bayern auch die Versorgung von Patienten in Pflege-einrichtungen eine wichtige Rolle. Die Grundidee und die Rahmenbedingungen der bereits etablierten Pflegenetze sehen vor, dass Hausärzte eine zentrale Rolle übernehmen, indem sie die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses für die eingeschriebenen Versicherten über-nehmen und in enger Kooperation mit der Pflegeeinrichtung und netzwerk-an-geschlossenen Krankenhäusern agieren. Die stationären Einrichtungen stellen im Gegenzug sicher, dass der Hausarzt ent-sprechend Unterstützung erfährt und alle Informationen zur Hand hat, um den Behandlungsprozess jederzeit steu-ern zu können. Die einzelnen Aufgaben sind konkret sowohl für die Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Hausärzte ver-traglich geregelt. Eine Evaluation die-ser Pflegenetze ergab, dass nicht nur die Durchschnittskosten der eingeschrie-benen Heimbewohner 32% unter den Durchschnittskosten aller Heimbewoh-ner lagen, sondern dass insbesondere die Krankenhauseinweisungen deutlich redu-ziert werden konnten. Nach Ansicht der AOK Bayern hat sie mit der erfolgreichen Umsetzung der Pflegenetze einen hohen bundesweiten Standard gesetzt.

Zusammenfassung der Referate und Erläute-rungen in der Diskussion

1. Status der GKV

Die GKV ist von ihrer Entstehung her und ihrem Charakter nach eine Sozialkasse. Ein Unternehmensstatus der Kassen (im Sinne der Gesetzesnovelle zum neuen Wettbewerbsrecht in der GKV) würde mit seiner dominanten Marktorientierung Arme, Arbeitslose, chronisch Kranke und

Härtefälle benachteiligen. Zudem ergä-ben sich erhebliche gravierende Auswir-kungen auf das gesamte System.

Zusatzbeiträge sind abzulehnen, da sie Mitgliederbewegungen mit Existenz-gefährdung einzelner Kassen auslösen könnten.

Selektivverträge sind sinnvoll und geben den Kassen die Möglichkeit sich von Anbietern von Leistungen des gesamten Spektrums zu zielgruppenorientierten Anbietern zu entwickeln. Die Kassen werden dadurch unterscheidbar und müs-sen mehr Qualitätsverantwortung über-nehmen. Sie sollten auch mehr Transpa-renz hinsichtlich der Qualität leisten und Bereitschaft dafür zeigen, unwirksame Maßnahmen kritisch zu hinterfragen. Durch Selektivverträge muss für die Pati-enten ein Mehrwert entstehen. Entspre-chende Messungen sind allerdings oftmals schwierig und langwierig (3–5 Jahre). Der Wettbewerb muss dem kritischer gewor-denen Bewusstsein der Patienten Rech-nung tragen und gleichsam Qualitätsfak-toren in den Vordergrund stellen.

Zur Verbesserung der Gesundheit wird der Prävention ein großer Stellenwert ein-geräumt, besonders in Form des Setting – Ansatzes, z. B. als betriebliche oder schu-lische Maßnahmen.

2. Offene Fragen und besondere Herausforderungen

- Messung der Effektivität von selektiv-vertraglich geregelten Versorgungs-formen
- Unklarheiten hinsichtlich verlässlicher Indikatoren für Versorgungsquali-tät. Die GKV sind hierbei beson-ders auch dadurch im Nachteil, dass sie nicht über medizinische Daten verfügen.
- Kalkulierbarkeit der Einnahmen ist schwierig, da von einer Fülle nicht vor-hersehbarer Voraussetzungen abhän-gig.

- Die Frage, nach dem Verhältnis, wie viel Kollektiv- und wie viel Selektivvertragliche Regelungen ideal wäre, ist von den Möglichkeiten der Finanzierbarkeit und den Qualitätsergebnissen bzw. –Zugängen abhängig. Man rechnet damit, dass sich etwa in einem Zeitraum von fünf Jahren ein stabiles Verhältnis etabliert.
- Der Schaffung innovativer Versorgungsmodelle steht behindernd das Gebot der europaweiten Ausschreibung entgegen.
- Die Übertragbarkeit erfolgreicher neuer Versorgungsmodelle auf andere AOKen ist abhängig von regionalen Besonderheiten und zum Teil erheblicher Anpassungsbemühungen.
- Eine einheitlichere Argumentation der GKV insgesamt nach außen, aber auch innerhalb der AOKen, wäre wünschenswert.
- Zum Verhältnis zur Politik: Probleme, die einer politischen Lösung bedürften, werden oftmals an die Selbstverwaltung verwiesen. So wird eine politisch moderierte ethische Diskussion zur Frage des Gesamtleistungsumfanges, den sich die Gesellschaft leisten will, vermisst. Auch die solidarische versus unternehmerische Dimension der GKV bedarf einer solchen ethischen Auseinandersetzung.
- Die Anzahl der Kontakte zum Gesundheitswesen, die in Deutschland im internationalen Vergleich besonders hoch ist, muss sich in Richtung weniger und dafür intensiver versorgte Patienten verändern. Dadurch entstehen Spielräume für eine bessere Versorgung.
- Die Versorgungsanreize sind noch immer falsch gesetzt. (z. B. angebotsorientierte Nachfrage). Sie führen zu einer nicht erforderlichen Leistungsvermehrung. Diese ist jedoch nicht per se mit einer Gesundheitsverbesserung verbunden. Es fehlen Anreize, nicht

nur an der Krankheit, sondern gezielt an der Gesundheit zu verdienen.

3. Schnittstellen – Probleme

Trotz aller unterschiedlichen Interessenslagen werden Partnerschaften zwischen den GKV-Kassen und Herstellern von Medizintechnik oder Pharma-Produkten für möglich gehalten.

Selektivverträge könnten auch im Krankenhaussektor sinnvoll sein.

Als hilfreich könnte sich die Zusammenführung verschiedener Honorarsysteme erweisen.

Die Interessen von Leistungserbringern und Kassen sollten besser zusammengeführt werden.

Im Sektor Pflege müssen die Partner enger und mit gemeinsamen Zielsetzungen im Verbund arbeiten. Gilt besonders beim Pflegeheim. Hier werden durch falsche Anreize ungeeignete und oftmals zu viele Ärzte an die Heime gebunden. Es müssen „Versorgungskreise“ entstehen, in denen Pflege, Verwaltung und Ärzte zusammenarbeiten.

Die ethischen Fragen (siehe oben) bedürfen nicht nur einer Diskussion innerhalb des Gesundheitswesens, sondern müssen die Gesellschaft einbeziehen.

4. Zukunftsperspektiven aus Sicht der AOK Bayern bzw. GKV und beteiligter Referenten

Die Kassen sollen eigene wettbewerbsfähige Modelle entwickeln können, bei denen die regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Insbesondere die selektivvertragliche Gestaltung von Arztnetzen ermöglicht es, regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen und zugleich Qualität messen zu können.

Tendenziell sollte die Entwicklung weg vom Kollektiv- und hin zu Selektivverträgen fortschreiten, um den Kassen mehr Einblick auf bestimmte Bereiche im System wie z. B. Apotheken, Kran-

kenhaus und Leistungserbringer zu verschaffen.

Es könnte sich eine Verschiebung vom Preis- hin zu einem Qualitätswettbewerb ergeben.

Nach den Vorstellungen von Herrn Dr. Wambach (Arztnetz QuE in Nürnberg) könnten sich regional basierte Versorgungsformen in Ärztnetzen in Zukunft verbreiten, sofern seiner Ansicht nach folgende Kriterien erfüllt sind (Beispiel Praxisnetz Nürnberg Nord):

- Berücksichtigung der regionalen versorgungsstrukturellen und morbiditätstypischen Besonderheiten
- Kooperation mit Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Kommune, Patientenberatungsstellen
- Qualitätsnachweise (Outcomequalität)
- Erfolgskriterien nach Wirtschaftlichkeit, Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit der beteiligten Ärzte
- Es steht ein Budget zur Verfügung. Der nach Abzug der Ausgaben verbliebene Gewinn (bisher ermittelte Spareffekte liegen bei ca. 150 Euro pro Patient) wird auf die beteiligten Leistungserbringer verteilt. Hiermit dient das Modell dem Prinzip an der Gesundheit zu verdienen, was sich als starker Anreiz für Ärzte zum Mitmachen gezeigt hat.

Bisher fehlt diesem Modell Breitenakzeptanz, u. a. auch wegen der noch mangelhaften Definition eines Versorgungs-„Netztes“.

Eine „Agentur Deutscher Arztnetze“ soll allgemeine Fragen klären und regeln.

Hervorgehobene Ergebnisse des Besuchs und Anmerkungen aus Sicht der Kursteilnehmer

Als besonders überzeugend wurden erlebt:

- Glaubwürdiges Bekenntnis zu hoher sozialer Verantwortung der GKV

- Pfl egenetzwerke der AOK Bayern
- Regionales Ärztenetzwerk:
 - Verdienen an der Gesundheit
 - Patienten-bezogene Outcome-Qualität als Grundlage
- Überzeugender Fokus auf Versorgungsqualität
- Tendenzielle Verschiebung von Preis zu Qualitätswettbewerb
- Nachvollziehbare Zukunftstendenz zu mehr Prävention
- Erkennung und klare Benennung des Problems der angebotsgetriebenen Nachfrage in Großstädten
- Als besonders interessant und möglicher Weise wegweisend wurde die Vorstellung aufgenommen, dass zukünftig eine Konsolidierung mit Infiltrierung privatrechtlicher Bestandteile erfolgen könnte.
- Geplante Ausweitung erfolgreicher regionaler Projekte

Sektorübergreifendes Arbeiten:

- unterschiedliche Dokumentationsformen und –Kriterien in den verschiedenen Sektoren führen zu mangelnder Vergleichbarkeit und Kooperation.
- Es werden mehr Ergebnisse einer Versorgungsforschung gebraucht.
- Insbesondere bedürfen selektivvertragliche Versorgungsformen einer Klärung ihrer Effektivität vor allem unter Patientenbezug.
- Hilfreich wäre ein Datenpooling der KV, GKV und Industriedaten.
- Eine Zusammenarbeit zwischen Kassen und Produktherstellern muss gesucht werden.

Kooperation / Kommunikation:

- Bessere Kommunikation mit den Leistungserbringern beim Umsetzen neuer Ideen scheint förderlich.
- Bessere Kommunikation mit Patienten und Bürgern auch hinsichtlich der Vermittlung von systembedingten Schwierigkeiten und Änderungen

- Mangelhafte Kommunikation und Kooperation innerhalb des GKV –Systems

Qualitätsprinzip:

- unterschiedliche Sichtweisen der verschiedenen Ebenen der AOK Bayern: Strategisch steht der Patient im Mittelpunkt, operativ stehen die Kosten im Mittelpunkt.
- Das Qualitätskonzept muss die Versicherungszufriedenheit enthalten.
- Ein besonderes Qualitätsmerkmal sollte auch das „Sich Sorgen“ um den Patienten sein, das bei ländlicher Versorgung eher anzutreffen ist.
- Das Qualitätskonzept im Gesundheitswesen ist unklar. Es fehlen übergreifende anerkannte Indikatoren.
- Die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erscheint problematisch: Es besteht ein Anreiz zum Verdienen an der Krankheit. Es besteht eine mangelnde Kausalität zwischen Fondszuweisungen und Patienten-Outcome, ebenso keine Kopplung zwischen Ausgaben und Einnahmen.
- Eine stärkere Ausrichtung bzw. Initiierung von evidenzbasierten Versorgungsergebnissen könnte eine höhere Treffsicherheit der Aktionen schaffen.

Position des Patienten:

- Patient ist zu selten und zu wenig Ausgangspunkt der Überlegungen. „Steht nicht im Zentrum“.
- Patientenzufriedenheit ist im Versorgungsprozess gleichermaßen wie der Heilerfolg zu berücksichtigen.
- Patientenzufriedenheit entsteht auch durch Wahlmöglichkeiten des gut informierten Patienten (z. B. Lebensqualitätseinschränkung durch Blutdrucksenker versus Gefahr später einsetzender Leiden).
- Patientenzufriedenheit ist am besten durch eine gelungene verlässliche Arzt-

Patienten-Kommunikation zu gewinnen.

- Wissenschaftliche Ergebnisse (outcomes) sollten primär das Patientenwohl berücksichtigen.

Abschließende Bewertung:

Insgesamt wurde der Besuch der AOK Bayern als ausgesprochen informativ, in offener Atmosphäre und mit hoher Qualität der Präsentationen und Aussagen erlebt.

Für die meisten Teilnehmer war Vieles neu, so dass sie in der Tat zu einem besseren Verständnis einer gesetzlichen Krankenkasse gelangt sind.

Klar wurde vor allem der große Handlungsspielraum, der den Gesetzlichen Kassen zur Verfügung steht, ihr erheblicher Einfluss auf das strukturelle Versorgungsgeschehen und die bei der AOK Bayern gesehene Bereitschaft, die gegebenen Verhältnisse für eine Weiterentwicklung zu nutzen.

Bezogen auf die übergeordnete Frage des gesamten Kurses: „Janusköpfiges Gesundheitswesen: Widersprüchliche Steuerimpulse durch Staat und Markt – Blockade oder Entwicklungschance?“ zeigt sich hier, dass die gegebenen Gestaltungsfreiräume (z. B. integrierte Versorgung, Selektivverträge) von der AOK Bayern als Chance der eigenen Entfaltung und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder gesehen wird.

Weitere Informationen zum Projekt

www.transferis.de

21. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Die langen Verhandlungen von Union und SPD zur Regierungsbildung haben im Koalitionsvertrag in einigen Bereichen zu sehr detaillierten Vorgaben geführt, während für andere wichtige Bereiche keine Aussagen getroffen wurden, erinnerte der Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen GRPG, Professor Alexander Ehlers, in seinem Bericht bei der 21. Mitgliederversammlung am 18. Januar 2014 in Dresden.

Dies sei zum einen den Erfahrungen aus der vorigen Großen Koalition geschuldet und zum anderen der Tatsache, dass in diesen Politikbereichen keine Einigung zu erzielen war. Für das Gesundheitswesen sei immerhin erkennbar, dass die Schnittstellen ambulante-stationäre Versorgung, die Sicher-

stellung der ärztlichen Versorgung und das Thema Pflege wichtige Vorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode sein werden, erklärte Ehlers.

Die GRPG sei als wissenschaftliche Gesellschaft zur Ausübung ihrer Tätigkeit auf Unterstützung angewiesen,

sagte Ehlers in seinem Bericht. Es werde leider immer schwieriger, vor allem finanzielle Mittel zu erhalten, die die GRPG in die Lage versetzen, auch Symposien zu veranstalten, die nicht im Mainstream liegen. Die Mitgliederentwicklung zeigte sich im Jahr 2013 weiter rückläufig. Anfang des Jahres zählte die GRPG insgesamt 238 Mitglieder, hiervon sind 21 Firmen/Körperschaften und drei Patientenverbände. Um diesem Problem entgegenzuwirken und die GRPG auch für junge Leute attraktiver zu gestalten, hat das geschäftsführende Präsidium neben weiteren Bemühungen die Arbeitsgruppe „Junge Mitglieder“ initiiert. Als erster Schritt wurde die



Übergabe des Wissenschaftspreises an die beiden Preisträgerinnen Dr. Susanne Moritz (links) und Dr. Kerstin Bohne durch den Präsidenten der GRPG, Prof. Alexander Ehlers (rechts), und den Sponsor des Preisgeldes der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch deren Geschäftsführer Oliver Kirst (ganz links). Foto: Stoschek

Modernisierung der GRPG-Website www.grpg.de in Angriff genommen, die bei der Mitgliederversammlung vorgestellt wurde.

Das Symposium *Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung. Wem gehört die Zukunft?*, das am Vortag der Mitgliederversammlung veranstaltet wurde, war mit etwa 70 Teilnehmern gut besucht. Am 19. April 2013 veranstalteten GRPG und Deutsches Rotes Kreuz in Berlin im Rahmen des 12. DRK-Rettungskongresses ein gemeinsames Symposium mit dem Titel *Der Rettungsdienst – Stiefkind der Gesundheitsversorgung?*. Aus Gründen der Aktualität wurde das für den Herbst 2013 projektierte GRPG-Gespräch *Fehlverhalten im Gesundheits-*

wesen – immer nur schwarze Schafe? auf den 6. Juni 2013 vorgezogen.

Zu Beginn der Mitgliederversammlung wurde der 18. Wissenschaftspreis der GRPG an Dr. Kerstin Bohne für ihre Dissertation *Delegation ärztlicher Tätigkeit* sowie an Dr. Susanne Moritz für ihre Dissertation *Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen vergeben*. Bohne beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Krankenpfleger als eine Form vertikaler Arbeitsteilung im Rahmen der Patientenbehandlung und zeigt Möglichkeiten und Grenzen einer einheitlichen Delegationsregelung in Deutschland auf. Moritz greift in ihrer Arbeit Missstände in Pflegeheimen auf, untersucht

deren Ursachen sowie schwerpunktmäßig deren verfassungsrechtliche und verfassungsprozessrechtliche Relevanz. Das Preisgeld des Wissenschaftspreises, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, in Höhe von 2 500 Euro wurde in diesem Jahr wiederum von der Firma Servier Deutschland GmbH übernommen.

Die nächste Mitgliederversammlung findet am 17. Januar 2015 in Berlin statt. Für den Vortag, den 16. Januar wird wieder ein Symposium organisiert.

Autor:
Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Buchbesprechung

Einstellungen zu Reformen des Sozialstaates in Deutschland. Reformbereitschaft und Reformakzeptanz der Bürger. Herausgegeben von Dr. Eva-Maria Trüdinger, Prof. Dr. Oscar W. Gabriel, Verlag Nomos, 2013, 236 S., ISBN 978-3-8329-7860-0, 44 Euro

Der Erfolg politischer Reformen hängt wesentlich von politischem Vertrauen bei den Betroffenen und in der Bevölkerung ab. Das ist die wichtigste Botschaft des vorliegenden Sammelbandes, der aus dem Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) über den „Einfluss des politischen Vertrauens auf die Unterstützung der Reform des Sozialstaates

in Deutschland“ entstanden ist, das von 2007 bis 2009 unter der Leitung des Politikwissenschaftlers Oscar W. Gabriel durchgeführt wurde.

Der Band untersucht die Einstellungen der Bundesbürger zu den von der Regierung Schröder eingeleiteten und der Großen Koalition unter Kanzlerin Merkel weitergeführten Reformen der Gesundheits-, Renten- und Familienpolitik in Deutschland. Entscheidern im Gesundheitswesen seien auch die Aufsätze zu anderen Politikfeldern empfohlen, da sich auch daraus Erkenntnisse über die Voraussetzungen erfolgreicher Politikimplementierung im Gesundheitswesen gewinnen lassen.

Schwerpunkt der Aufsätze sind die Akzeptanz dieser Reformen in der Öffentlichkeit, welche Reformoptionen die Bevölke-

rung in diesen Bereichen unterstützte und auf welche Faktoren diese Einstellungen zurückgehen. Dabei wird insbesondere die Rolle von Wertvorstellungen und Ideologien, Interessen und politischem Vertrauen beleuchtet. Skeptisch für künftige Reformen stimmt, dass nur knapp ein Viertel der Deutschen die Gesellschaftsordnung in Deutschland als gerecht empfindet, in den neuen Bundesländern sogar nur etwa jeder Neunte. Schlechte Noten erhält die Politik auch für die Art und Weise, wie Reformen kommuniziert werden: Aus Sicht der Bürger erfüllen Politiker nicht den mehrheitlichen Wunsch nach einer verständlichen Darstellung von Reformprogrammen.

Dr. Andreas Meusch, Hamburg

Geschäftsstelle
Widenmayerstraße 29
80538 München
Tel.: 089/21 09 69 60
Tel.: 089/21 09 69 99
E-Mail: info@grpg.de
www.grpg.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband** Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a. **Patientenverband e.V.** Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a. **Individualmitgliedschaft**
- Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.
- Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190,- p.a.

(Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG)

Vorname, Name	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: E-Mail/Telefon/Fax	
Geschäft: E-Mail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwendet.	
Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000578253
Mandatsreferenz: GRPG-Mitgliedsnummer. Wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. GRPG, Widenmayerstraße 29, 80538 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRPG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift