



# Entwicklung, Situation und Zukunftsperspektiven der GKV

Dank der konjunkturellen Entwicklung und der derzeitigen, vorübergehenden Wirkung der Spargesetze befindet sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) momentan in der – ökonomisch gesehen – günstigsten Situation seit langem.

von Rolf Stuppardt

## FONDSRESERVEN UND RÜCKLAGEN

der Kassen zusammengenommen weisen ein Reservepolster von fast 19,5 Milliarden Euro auf. Auch mit Blick auf die Sozialversicherung insgesamt ist die aktuelle Lage durch hohe Überschüsse geprägt. Nach jüngsten Meldungen des Statistischen Bundesamtes erzielten Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung ein Plus von 13,8 Milliarden Euro. Das Plus lag damit fünfmal so hoch wie noch am Ende des Jahres 2010. Die GKV hält daran mit 9,3 Milliarden Euro den Löwenanteil. Diese erfreuliche Gegenwartslage hat zu einer politischen Diskussion über Verwendung und Verteilung der Überschüsse geführt und zwar ziemlich unbeeindruckt von den noch gar nicht so lange zurückliegenden Diskussionen über Schulden, Defizite und Kostendämpfung, die ja bekanntlich zu den erwähnten Spargesetzen geführt haben. Ebenfalls weitgehend und mehrheitlich unbeeindruckt sind diese Augenblicksreaktionen von prognostischen Szenarien und Schätzannahmen.

### Reserven des Gesundheitsfonds und Rücklagen der Kassen: 19,5 Milliarden Euro.

Tatsache ist: Angesichts des täglichen Gesundheitsausgabenbedarfs reichen derartige Reserven unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Rücklagenerfordernisse gerade einmal für gut drei Wochen.

Wenn man sich mit der Situation und den Zukunftsperspektiven der GKV beschäftigen will, reicht der Blick in die finanzökonomische Gegenwart natürlich nicht aus. Für sich genommen kann er sogar ausgesprochen trügerisch ausfallen. Die politische Situation und die Zukunftsperspektiven der Krankenkassen sind vielmehr von entscheidenden Determinanten ihrer strukturellen Entwicklung und den ordnungspolitischen Rahmen-



FOTO: BK / FOTOLIA.COM

bedingungen geprägt. Diese sollen in ihren Essentials kurz beleuchtet werden, bevor die Gegenwartsverbindung mit Blick auf die Perspektiven aufgenommen wird.

### Entwicklungsveränderungen in der Kassenlandschaft

**Haltung und Einstellung** der Krankenversicherung zu medizinischen und gesundheitlichen Leistungen und deren Prozessen sind im Laufe der Entwicklung deutlichen Veränderungen unterworfen gewesen. Ausgehend von Kernkompetenzen in der Exekution sozialrechtlicher Normen und ihrer angewandten Auslegung mit einer ausgeprägten exekutiven Payer-Funktion, hat sich Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre eine stärker interdisziplinäre Aufstellung bei den Krankenkassen erforderlich gezeigt. Hintergrund war ein zunehmender Reforminterventionismus des Staates aufgrund der allgemeinen Kosten- und Beitragssatzentwicklung. Den gestalterischen Ziel- und Aufgabensetzungen gesundheitlicher und medizinischer Versorgung wurde eine höhere Aufmerksamkeit zugemessen, um mehr in eine steuernde Player-Situation zu kommen. So lassen sich bis heute fünf Entwicklungsphasen ausmachen.

Ausgehend von einer Phase der körperschaftlichen Prosperität mit kontinuierlichem Leistungsausbau und

begleitet von guten konjunkturellen Wachstumsbedingungen, lassen sich als Phase 1 Bedingungen beschreiben, die nach heutigen Maßstäben die Kumulation von relativ gering durch externe Evidenz basierte medizinische Leistungen für die kollektivvertragliche Leistungsbereitstellung zuließ.<sup>1</sup> Hier wurden Verträge und Konditionen auf Basis von Annahmen, Rechtsauslegung und wertmäßiger Intransparenz realisiert, die eher „qualitativ“ und den „Umständen entsprechend“ als empirisch fundiert auf Basis gemeinsamer Transparenz und Analyse gewonnen wurden.

In der Phase 2, die die ersten Kostendämpfungsgesetze mit sich brachte, erfolgte die bereits angesprochene Aufrüstung, insbesondere in der Informationslogistik. Neben dem Ausbau der amtlichen Statistiken wurden für Morbiditäts-, Struktur- und bescheidene Geschäfts- und Prozess-

<sup>1</sup> Kleine Anmerkung: Unbeschadet der aufmerksamkeitsstarken Diskussion um die heutige Leistungsgestaltung durch den Gemeinamen Bundesausschuss und der zuweilen kritisch beleuchteten Evidenz prüfenden Empfehlungsrolle des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, fußt die Mehrheit der heutigen Leistungsanwendung in der real-existierenden medizinischen Versorgung noch auf diesen eher qualitativen Maßstäben der Vergangenheit, denn der Substitutionscharakter der Gesundheitsleistungen ist im Vergleich zur übrigen Wirtschaft gering ausgeprägt und die medizinische Leistungsentwicklung ist durchweg kumulativ zu sehen, was meines Erachtens eines der Grundprobleme des heutigen Innovationszugangs ins System ist.

empirie die statistisch-empirischen Grundlagen gelegt.

Die Phase 3 begann dann ab Mitte der neunziger Jahre durch die – abermals im Wesentlichen mit Kostendämpfungsabsichten begleitete – Öffnung der Krankenkassen für mehr Wettbewerb. Es entstand der Wettbewerbsmarkt um Mitglieder, der zuvor nur in geringem Ausmaß (z. B. bei den Ersatzkassen) Bedeutung hatte.

Daran anknüpfend ist Hauptanliegen der seit einigen Jahren schon andauernden Phase 4 die Struktur- und Prozessgestaltung und die Dominanz des gestaltenden Vertragsmarktes auf verfahrensordentlich geregelter Evidenzbasierung.

Wir befinden uns derzeit im Übergang zur Phase 5, wo es um die auf risikoadjustierte Versorgungseffizienz gerichteten Steuerungsmöglichkeiten von Effizienz-, Qualitäts-, Netz- und Partnerschaftsoptionen in einem nach und nach zu realisierenden „Leistungspaketmarkt“ geht.

Die hier nur sehr verdichtet angesprochenen Entwicklungsphasen gingen und gehen einher mit einer stetigen Konzentration der Kassenlandschaft und des Kassenmarktes, die in erster Linie die Generierung von Marktmachtoptionen zum Ziel hat, während Synergie- und Ergebniseffizienz bislang eher nachgelagert, jedenfalls kaum verifiziert sind. Während es 1978 in Deutschland 1.680 Krankenkassen in Form selbständiger Körperschaften des öffentlichen Rechts gab, zählen wir derzeit noch 137 Krankenkassen. Bei den 30 größten Krankenkassen sind aktuell bereits 91 Prozent der Mitglieder versichert. Dieser Konzentrationsprozess ist sicher noch nicht zum Abschluss gekommen

und bewirkt eine Verschiebung im Gliederungsgefüge der Kassenlandschaft zugunsten auch politischer Gestaltungsoptionen von großen Krankenkassen. Er fokussiert die Rolle der Kassenarten-Verbände auf einen mehr

oder weniger stringent ausgestalteten interessenpolitischen Überbau und begrenzt perspektivisch das politische Rahmensetzungsprofil des GKV-Spitzenverbandes auf legislative und exekutive Kernanliegen gesundheitspolitischer Rahmen und Derivat-Normen.

## Rahmenbedingungen und Produktivität von Regulierungsintervention

**Diese Entwicklung** und die heutige Situation, aber ganz besonders auch die Perspektiven der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, sind natürlich stark geprägt von normativen, gesetzgeberischen Aktivitäten des Staates. Trotz der nach wie vor nachrangigen Bedeutung der Gesundheitspolitik im Konzert der staatlichen Politikfelder ist in diesem Zusammenhang auf ein besonderes Phänomen der branchenbezogenen Politikgestaltung hinzuweisen, die für die Branche „Gesundheitsmarkt“ – und dazu dürften nicht nur in der Perspektive auch die Krankenkassen zählen – im Vergleich zu anderen Branchen eine nahezu exklusive Erscheinung ist: die Dichte normativer Intervention der Legislative, die bis zum jüngsten Versorgungsstrukturgesetz in 34 Jahren 32 nennenswerte normative Interventionspakete produzierte. Diese legislative Produktivität geht einher mit einem Wachstum der Prüf-, Kontroll- und Genehmigungsinstrumente der Exekutive – und damit un- zweifelhaft mit Bürokratie, obwohl diese eigentlich begrenzt und zu-

rückgeführt werden sollte, sowie mit einem Anstieg der sozialrechtlichen Entscheidungen der Judikative. Dabei kann im Wesentlichen ein Vier-Felder-Fokus der gesundheitspolitischen Reformprozesse in Deutschland ausgemacht werden, wobei der Fokus der Interventionen auf die Felder „Kostendämpfung“, „Finanzierung“ und „Strukturen und Organisation“ über-

wiegt, während er auf das vierte Feld „Qualität und Effizienz“ weniger stark ausgerichtet war. Gleichwohl wird dieses vierte „Stiefkind-Feld“, das ja die eigentlichen finalen Gegenstandsfelder der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung charakterisiert, in der perspektivischen Bedeutung im Konzert der Selbstverwaltungs- und Vertragspartner eine entscheidende Rolle spielen.

Diese fast inflationäre Aktivität der normsetzenden Instanzen begründet sich meines Erachtens nicht aus einer „natürlichen“ Regulierungsmanie der Legislative, sondern nicht unmaßgeblich auch aus strategischen Defiziten der Kerngeschäftspartner – der sogenannten Kosten- und Leistungsträger –, die es in ihrer strategischen und vertraglichen Ausrichtung nicht hinreichend verstanden haben, rationale Win-win-Strategien mit ausgewogenen effizienten Ergebnissen in diesem sehr besonderen, sozialgesetzlich geregelten „Quasi-Markt“ für Gesundheit zu erzielen.<sup>2</sup> Die Charakteristika dieser Beziehungen haben sich vielmehr vom ursprünglich salopp bezeichneten „Pferdemarkt-Habitus“ mit eher qualitativen Konditionenfindungs-Riten zu einem partiellen, mehr oder weniger ausgeprägten Misstrauens- und Gegnerschaftsklima entwickelt. Dies wird nicht so bleiben. Die Entwicklung von Konzentration und Rahmenbedingungen schaffen Unternehmenseinheiten und –erfordernisse mit Zielnotwendigkeiten, die im Leistungs- und Vertragsmarkt der Gesundheitswirtschaft an Einfluss und Gestaltungsdifferenzierung gewinnen und rationalen Geschäftsstrategien zugänglich sein werden.

<sup>2</sup> Dies wiederum scheint mir seine Wurzeln in frühen prosperitären Phasen zu haben, in denen mit relevanten Leistungsmengenentwicklungen und realisierten Renditeerfahrungen unter den geschützten „Marktbedingungen“ von sozialrechtlich verankertem Sachleistungsanspruch und einer eher ausgabenorientierten Umlagefinanzierungsmechanik volkswirtschaftlich gesehen vergleichsweise überdurchschnittlich positive Refinanzierungsbedingungen generiert und den Grundstock zu einer gewissen Veränderungsresistenz gelegt haben.

## Folgen der Mittelzuweisungslogik

**Letzte** und meines Erachtens wichtigste Station dieser Entwicklungs- und Situationsskizze für die Perspektiven der GKV ist die politische Intention und die faktische Wirkung der aktuellen Zuweisungslogik der Finanzmittel nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV WSG). Diese orientiert letzt-

sollte man sich mit Blick auf die gegenwärtige finanzielle Situation nicht täuschen lassen: Einerseits wissen wir aus jeder Kostendämpfungs- oder Sparintervention, dass ihre Wirkung schnell verbraucht ist, andererseits kann selbst bei einem Positiv-Szenario von 2,2 Prozent Wachstum in 2013 und einem von 2 Prozent in 2014 bei einer durchschnittlichen Ausgabensteigerung von 4,5 Prozent das GKV-Ergebnis in 2013 schon wieder ein De-

schied, der wesentlich höher lag. Vom Zusatzbeitrag betroffene Krankenkassen kommen damit leicht in eine Risikoaufwärtsspirale, weil in aller Regel eben die besseren Risiken abwandern.

Andererseits erhalten die Krankenkassen die Finanzzuweisungen auf Basis von durchschnittlichen, mit Morbi-RSA-Kriterien ermittelten Vergangenheitsausgaben. Das schränkt ihre künftige Investitionsbereitschaft – insbesondere in Innovation und Prävention – und in nicht mit nachvollziehbaren Effizienzhypothesen belegte Leistungs- und Vertragsoptionen spürbar ein. Die Signalrichtungen, die damit insgesamt verbunden sind, zeigt Abbildung 1 auf.



## Strategische Perspektiven

**Gleichwohl** wird die skizzierte kurzfristige Kostensparorientierung nicht nur im Zuge der endlichen Generierbarkeit von daraus gewinnbaren Skaleneffekten einer mittelfristigen Ausrichtung auf spezifische Versorgungsmanagement-Strategien weichen. Weil unter den gegebenen Rahmenbedingungen Wettbewerbsvorteile nur über Qualität und Effizienz generierbar sind, werden diese Gegenstand gesundheitlicher Versorgungsstrategien sein und somit auch die diesen Zielgrößen verpflichteten internen und externen Struktur- und Prozessergebnisse. Die operativen Voraussetzungen zur Erreichung derart anspruchsvoller Zielsetzungen werden durch IT-logis-

lich die Krankenkassen im Großen und Ganzen auf kurzfristiges Kostensparen, koste es, was es wolle (und dies hat sicher auch jetzt schon seinen Anteil an den eingangs erwähnten Reserven). Zusammengefasst hat das seinen Grund in zweierlei Wirkungsmechanismen: Zum einen in der Wirkung von Zusatzbeiträgen, die erhoben werden müssen, wenn die Krankenkassen mit ihren zugewiesenen Mitteln nicht auskommen. Eine solche Situation kann übrigens unter den gegebenen Rahmenbedingungen für eine Krankenkasse auch durchaus jenseits wirtschaftlicher Verhaltensweisen entstehen.

Auch wenn es aktuell um das Thema Zusatzbeiträge ruhig geworden ist,

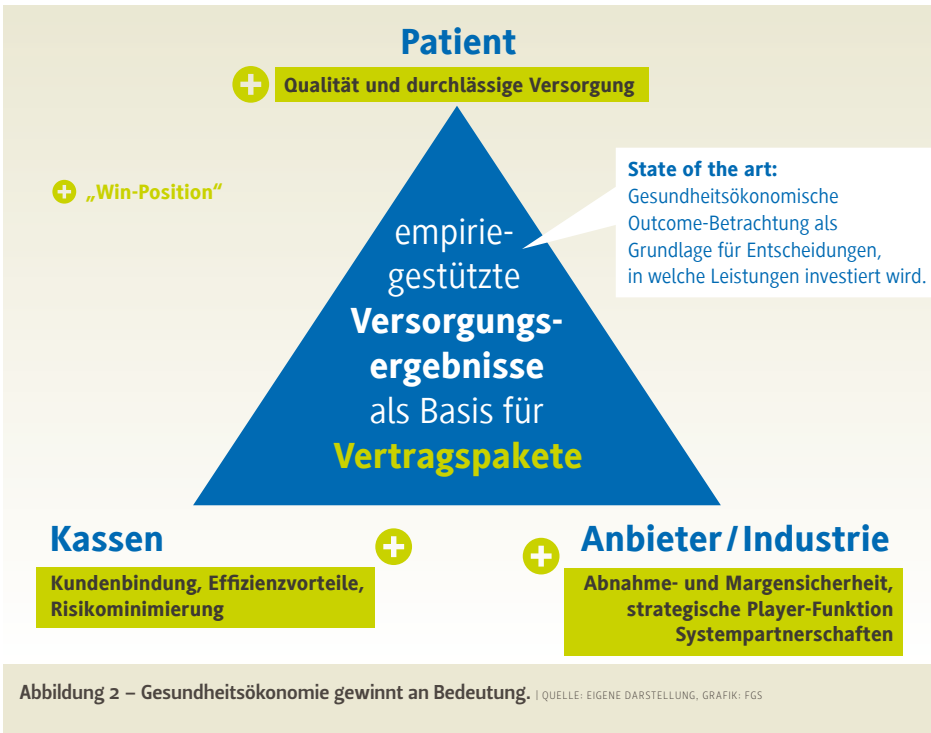
fizit von fast einer Milliarde und in 2014 von fast 7 Milliarden ausweisen. Läge dagegen das Wachstum nur bei 1,5 Prozent, die Ausgaben aber bei 5 Prozent, so erzielte die GKV rein rechnerisch 2013 bereits ein Defizit von 5 Milliarden und 2015 gar von 15 Milliarden.<sup>3</sup> Unterschätzt wurde von Politik und Fachleuten gleichermaßen die extreme Preisreagibilität des Zusatzbeitrages. So ist die Wechselbereitschaft der Versicherten schon bei einem Zusatzbeitrag von 8 Euro deutlich stärker ausgeprägt als bei einem früheren Beitragsatzunter-

## Die gesetzliche Krankenversicherung muss sich für 2013 auf ein Defizit von fast einer Milliarde Euro und 2014 in Höhe von fast 7 Milliarden einstellen.

tische, organisatorische, kommunikationsstrategische und analytische Management-Instrumentarien geschaffen und das alles befindet sich nicht mehr nur im Anfangsstadium.

Auf Basis der vorgenannten Entwicklungsaspekte wird sich der künftige Wettbewerb der Krankenkassen

<sup>3</sup> Eckdaten unter Hinzuziehung der Schätzerkreisprognosen von Ende 2011, die bislang nicht maßgeblich korrigiert wurden.



In dieser maßgeblich ergebnisbezogenen Versorgungs- und Vertragsstrategie geht es letztlich um Mehrwertoptionen mit risikostratifizierter Kundenbindung und dabei auch um die Gewinnung des Leistungspartners für eine solche gesundheitspolitische Ausrichtung. Dies wird im Übrigen auch wieder zu gezielten Investitionen in Innovation und Prävention führen.

Eine solche Ausrichtung wird auch Einfluss auf die ordnungspolitische Debatte um die Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems nehmen. So wird auf der politischen Ebene der begonnene Diskurs über die Weiterentwicklung und Optimierung konvergenter Elemente von GKV und PKV mit dem Ziel des Abbaus von Produktivitäts- und Effizienzdefiziten dieser Dualität weiter geführt werden, wobei ich es für erforderlich halte, sich hierbei zunächst auf die Beseitigung der jeweiligen immanenten Defizite der Systeme zu konzentrieren, weil daraus möglicherweise rationale Grundlagen

für weitergehende Reformoptionen erwachsen können. ■



FOTO: KATJA-JULIA FISCHER

**Rolf Stuppardt**

berät mit STUPPARDTPARTNER Krankenkassen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sowie Verbände und Institutionen aus dem Gesundheitswesen und ist Herausgeber der Monatszeitschrift WELT DER KRANKENVERSICHERUNG.

[www.aerztepost.net/autoren](http://www.aerztepost.net/autoren)

ceteris paribus auf die effiziente Ausgestaltung von Leistung und Versorgung ausrichten, bei gleichzeitigem Ausbau eines effektiven Risikomanagements. Hauptaugenmerk dabei werden – bei nach wie vor gesetzlich erforderlich einheitlichem und gemeinsamem Handeln – selektivvertragliche Strategien sein. Gegenwarts- und Zukunftsthemen sind im Wesentlichen das Finanz- und Risikomanagement – hier insbesondere das Hochrisikomanagement –, das Versorgungsmanagement mit Kassen-, regionaler und Patienten orientierter

Versorgungsforschung und differenzierte Vertragsstrategien von Nutzen- und Kostenvorteilen als selektive Leistungspaketlösungen.

In dem Zusammenhang wird der Analysebedarf für künftige Geschäftsstrategien, Operationen, Verträge und Kooperationen steigen und die Gesundheitsökonomie gewinnt in dem Dreieck Kassen, Patienten und Gesundheitseinrichtungen mit der Aufbereitung Empirie gestützter Versorgungsergebnisse als Basis für Vertragspakete eine besondere Bedeutung (siehe Abbildung 2).

ANZEIGE



Alte Kurrentschriften wie Sütterlin, Kanzlei- und Aktenschriften lesen zu können, ist eine Kunst. Briefe und Postkarten, Verträge, Testamente, Vereinssatzungen, Gedichte und Verordnungen – vielfältig sind die Dokumente, die aus vergangenen Tagen berichten.

Ist ein solcher schriftlicher Schatz in einer Familie oder in einem Unternehmen erhalten, muss er mit dem nötigen Fingerspitzengefühl geborgen werden: Ein unscheinbarer Karton voller Briefe und Karten wird zunächst sortiert und systematisiert, dann die Texte „übersetzt“ und kommentiert. Spannend werden Texte im historischen Kontext, wenn nicht mehr gebräuchliche Begriffe und Wendungen erklärt, Abkürzungen entschlüsselt oder Orte und Personen professionell identifiziert werden. Daraus entstehen ein druckreifes Manuskript und schließlich ein einzigartiges Erinnerungsbuch mit Texten und Bildern. Die Agentur für AutoBiografien verwandelt so einen Haufen alter, vergilbter Blätter mit exotisch wirkendem Schriftbild in ein die Zeit überdauerndes, persönliches Vermächtnis für Generationen.

