

## **9. Berliner Gespräche zum Gesundheitsrecht**

### **„Aktuelle Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen“**

Notizen von Dr. Svea Keller

Für [www.buschtelefon.de](http://www.buschtelefon.de) und [www.mediberlin.de](http://www.mediberlin.de)

Am 22.2.2011 lud Prof. Helge Sodan, Direktor des **Deutschen Institutes für Gesundheitsrecht**, zu den 9. Berliner Gesprächen zum Gesundheitsrecht mit dem Thema „Aktuelle Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen“ ein. Veranstalter waren wieder das Deutsche Institut für Gesundheitsrecht und die Freie Universität Berlin.

Nachdem das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) verabschiedet sind, sollten sich die Gespräche um die Analyse wesentlicher Neuregelungen bemühen und den Blick auf die kommenden Gesetzesänderungen leiten.

#### ***Das neue Gesundheitssystem – transparent, stabil und gerecht***

*Dr. Philipp Rösler*

*Bundesminister für Gesundheit, Berlin*

Dr. Philipp Rösler beeindruckte dadurch, dass er völlig unbeirrt durch die Irritationen wegen der nicht unbedingt liberalen Maßnahmen, die er in den letzten Monaten umsetzen musste, offensichtlich doch zu seinen Grundsätzen steht und seine ungeliebten Gesetze plausibel als Notfallmaßnahme darstellen konnte, die erforderlich war, um die eigentlichen Schritte in Ruhe umsetzen zu können. Die Koketterie, mit der er sich über seine eigene Unbeliebtheit amüsierte, war beeindruckend, dieser Mann lässt sich so leicht nicht aus dem Konzept bringen.

Er hält nach wie vor das deutsche Gesundheitswesen für das beste System im europäischen Vergleich und wies auf die Diskrepanz zwischen der allgemeinen Zufriedenheit mit den Leistungen bei gleichzeitiger Unzufriedenheit mit dem System hin.

Das Grundproblem sei die große Komplexität des Systems, das oft Ähnlichkeit mit planwirtschaftlichen Strukturen habe. Das führe zu Bürokratie, Unzufriedenheit und fehlender Effizienz.

Er sieht den Weg von einem komplexen planwirtschaftlichen System hin zu einem einfachen System mit mehr Marktwirtschaft als wichtigste Aufgabe an, die Umsetzung sei jedoch schwierig. Im vorhandenen System gebe es jedenfalls keine Verbesserungsmöglichkeiten mehr!

Er lenkte den Blick auf das GKV-Finanzierungsgesetz, in dem eben nicht nur unbeliebte Sofortmaßnahmen umgesetzt wurden, sondern auch die ersten strukturellen Änderungen auf den Weg gebracht wurden. So wurde der Krankenversicherungsbeitrag festgeschrieben und die Krankenkassen wieder dem Wettbewerb ausgesetzt. Auch im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz gebe es erste marktwirtschaftliche Elemente, das bisherige Monopol wurde durch eine Verhandlungslösung ersetzt.

In dieser oder der nächsten Woche sei mit der Vorlage eines Konzeptes für das Versorgungsgesetz zu rechnen. Die Idee der Bedarfsplanung lehnt er strikt ab, weil das kein marktwirtschaftliches Prinzip ist. Das System müsse geändert werden, der Demographiefaktor müsse berücksichtigt werden, die Bezirke müssen neu betrachtet werden.

Die liberale Lösung sei aber, Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bieten, z.B. können Regelleistungsvolumina und Richtgrößen in unterversorgten Gebieten ausgesetzt werden. Planung oder Strafen seien jedenfalls keine Lösung.

Die Umsetzung solcher Konzepte brauche leider viel Zeit, die derzeitige Unbeliebtheit der FDP sei auch darauf zurückzuführen, dass die Erwartungen so schnell nicht erfüllt werden können.

# ***Sachleistung und Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine rechtliche Bestandsaufnahme***

*Dr. Ernst Hauck*

*Richter am Bundessozialgericht, Kassel*

Dr. Hauck kommt auf einigen Umwegen zu einer Analyse der Systemfolgen:

## **1. Reines Kostenerstattungssystem**

- Ein **reines Kostenerstattungssystem** sehe so aus, dass der Versicherte einen Vertrag mit dem Leistungserbringer habe, den er bezahlt, um sich das Geld dann von seiner Versicherung erstatten zu lassen. Die Vorfinanzierung führt zu einem Zwang, die Kosten auch wirklich zur Kenntnis zu nehmen, also zu Transparenz und Kostendämpfung. Allerdings fürchtet er massive Rückabwicklungsprobleme, die Prüfung der Rechnung durch den Versicherten sei schwierig, die Versicherung habe andere Kriterien, die Rechnung zu beurteilen, das führe zu einem Insolvenzrisiko des Versicherten.
- Bei einem **abgemilderten Kostenerstattungssystem** tritt der Versicherte seinen Anspruch ab, das führe aber zu weniger Kostenbewusstsein.
- Kostenerstattung führe allgemein zu besserer Kostenkenntnis, aber auch zu weniger Inanspruchnahme, insbesondere bei den Armen.
- Das Argument der Transparenz lässt er nicht gelten, seiner Ansicht nach klappe das nicht wegen des Informationsgefälles zwischen Patient und Arzt. Der Arzt habe seinerseits ein Interesse an hohen Preisen, was die Kosten in die Höhe treibe.
- In Deutschland gebe es ein Grundverständnis: „*Was teuer ist, ist gut*“, das in einem Kostenerstattungssystem ein kostentreibender Faktor sei.

Aus seiner Sicht habe ein reines Kostenerstattungssystem keine nachhaltigen Vorteile.

## **2. Naturalleistungssystem**

- Komplexes Regelungsgeflecht erforderlich
- Vereinfachung der Zahlungsvorgänge
- Datenschutz

- Keine Preisdiskussion zwischen Arzt und Patient
- Leistungserbringer ist vor Insolvenz des Versicherten geschützt
- Steuerungsmechanismus durch professionelle Kontrolle der Versicherer
- Nachteil: keine Kosteninformation für den Versicherten

### 3. Mischsystem

Im SGB V sieht Hauck ein Mischsystem verwirklicht, nämlich ein Sachleistungssystem mit Wahlrecht für die Kostenerstattung und Teilbereichen mit Kostenerstattung. Aus seiner Sicht ist dies ein perfekter Kompromiss....

Dr. Hauck beginnt seine Ausführungen mit einem Platon-Zitat „Das Gute ist das Wahre, das Wahre ist das Schöne“, was ihm in der Diskussion von Herrn Knüpper (Bayerische Landes Zahnärztekammer) einen Hinweis auf das Höhlengleichnis von Platon einbringt, in dem der gefangene Betrachter zwangsläufig den Schatten der Wirklichkeit als Wirklichkeit wahrnimmt.

Hier sei die Frage erlaubt, ob letzteres Bild die Betrachtungen nicht vielleicht besser charakterisiert?

#### ***Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Stärkung von Kostenbewusstsein und Transparenz***

*Dr. Karl Horst Schirbort*

*1. Vorsitzender der Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte,  
ehem. Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Burgdorf/Hannover*

Dr. Schirbort dagegen ist ein klarer Verfechter der Kostenerstattung.

Er wies darauf hin, dass das Thema schon seit über 50 Jahren existiert: Bereits Anfang der 60er Jahre gab es einen leider gescheiterten Gesetzesentwurf für ein Kostenerstattungssystem mit Selbstbeteiligung (KVNG).

Er korrigierte seinen Vorredner, das Sachleistungssystem beherrsche die GKV, es handle sich nicht um ein echtes Mischsystem.

Bismarck hatte das Sachleistungssystem für die Bedürftigen eingeführt, das waren damals 14% der Bevölkerung, seitdem wurde es massiv ausgeweitet auf 90% der Bevölkerung.

Genau wie Minister Rösler sieht er keine Möglichkeit, die bestehenden Probleme im System zu lösen. Er konkretisiert lediglich, dass dies am Sachleistungssystem liege. Heilung der Probleme sei nur durch Transparenz und Eigenverantwortung möglich.

Im Gegensatz zu seinem Vorredner sieht er beim Sachleistungssystem das Problem falscher Anreize („*wo es Freibier gibt, da wird gesoffen*“)

Die Einführung eines Kostenerstattungssystems scheitert seiner Ansicht nach an ideologischen Widerständen und Ängsten bei den Betroffenen. Beim heute existierenden Kostenerstattungssystem in der GKV gibt es stark überhöhte Abzüge bei der Erstattung, was die fehlende Akzeptanz erkläre.

Schirbort hat die Hoffnung, dass ein Kostenerstattungssystem möglicherweise auf europäischer Ebene kommen könnte. „Für mich ist die Kostenerstattung *alternativlos*“

### ***Versorgungsmodell einer Einzelleistungsvergütung mit Eigenbeteiligung und Gesundheitskonto***

*Dr. Thomas Drabinski*

*Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse und Lehrbeauftragter an der  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel*

Nach einem so leidenschaftlichen Gegner und einem leidenschaftlichen Fürsprecher der Kostenerstattung entwickelte das von Dr. Thomas Drabinski vorgestellte System einen gewissen Reiz.

Sein Versorgungsmodell wurde im Rahmen eines Studienprojektes der PKV Verrechnungsstellen und der KV Schleswig-Holstein entwickelt.

- Die Praxisgebühr wird abgeschafft
- Einzelleistungsvergütung nach GOÄ/GOZ
- Eigenbeteiligung 10% (führt zur Mengenbegrenzung)

- jeder Versicherte bekommt ein Gesundheitskonto, das aus dem Gesundheitsfond gefüllt wird
- denkbar sind entweder eine Rechnungsstellung des Arztes oder eine Abrechnung über die KV
- Die Eigenbeteiligung kann **entweder über das Gesundheitskonto oder privat** beglichen werden
- Wenn das Gesundheitskonto aufgebraucht ist, muss der Patient bis zu einem definierten Einkommensanteil die Selbstbeteiligung zahlen.
- Die Guthaben können unterschiedlich eingesetzt werden.

Zur Erprobung schlägt er Modellversuche in Testregionen vor.

Nachdem das Thema Kostenerstattung abgeschlossen ist, lichten sich die Zuhörerreihen...

***Zur Weiterentwicklung der Regelungen des Arzneimittelmarktes nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz***

*Michael Klein LL.M.  
Geschäftsführer Recht,  
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin*

Bemerkenswert an diesem Vortrag war, wie ein Gesetz, in dem Minister Rösler zuvor die marktwirtschaftlichen Elemente gelobt hatte, von der betroffenen Industrie als durch und durch planwirtschaftlich erlebt wird...

Klein stellt das Gesetz überzeugend als falschen Schritt in die richtige Richtung dar. Wie im Fall von England werde die Attraktivität des Pharmamarktes in Deutschland massiv leiden, profitieren werde u.a. der aufstrebende chinesische Markt.

Er sieht massiven Nachbesserungsbedarf. Eine einfache Regelung wie „Für neue Arzneimittel gilt der durchschnittliche europäische Preis“ wäre sinnvoller gewesen. Auch Verhandlungen mit einzelnen Kassen statt mit dem Spitzenverband wären marktwirtschaftlich betrachtet sinnvoller gewesen.

## ***Hausarztzentrierte Versorgung – Neue Honorarstrukturen nach dem GKV-Finanzierungsgesetz***

*Prof. Dr. Hermann Plagemann*

*Fachanwalt für Medizinrecht und Fachanwalt für Sozialrecht, Plagemann  
Rechtsanwälte, Frankfurt am Main; Honorarprofessor an der Johannes  
Gutenberg-Universität Mainz*

Interessant sind die völlig unterschiedlichen Standpunkte der verschiedenen Krankenkassen zu den Hausarztverträgen: die AOK Baden-Württemberg sieht sie als effektives Instrument, bei der Versorgung chronisch Kranker Einsparungen zu machen, die Ersatzkassen dagegen lehnen sie als „Verteilung der knappen Finanzmittel nach dem Gießkannenprinzip“ ab.

Wenn Überschreitungen des Kostenrahmens durch Einsparungen gegenfinanziert werden, seien die Verträge sinnvoll.

Die Idee der Hausarztverträge sei und bleibe richtig und sollte Teil des Standards sein.

## ***Der Grundsatz der Subsidiarität und die gesetzliche Krankenversicherung***

*Carlos A. Gebauer*

*Rechtsanwalt und Autor, Duisburg*

**Subsidiarität** (von lat. „subsidium“, dt. Hilfe, Rückhalt, Zufluchtsort) ist das Prinzip, dass der Staat von unten nach oben aufgebaut werden soll, verantwortlich ist zunächst jeder selbst, dann seine Familie, seine Gemeinde, seine Stadt, und eben ganz zuletzt erst der Staat (bzw. die EU). Die höhere Ebene ist jeweils nur für das zuständig, was unten nicht geregelt werden kann. Dabei bricht das höhere Recht das niedrigere.

Entwickelt wurde diese Maxime im 16./17. Jh. von Johannes Althusius.

Das Gegenprinzip zur Subsidiarität ist die **Solidarität**, die von der Gesellschaft wesentlich höher bewertet wird.

Die **katholische Soziallehre** hat sich schon lange mit diesem Prinzip beschäftigt: wichtige Veröffentlichungen gab es 1891 von Papst Leo XIII und 1931 von

Pius XI. Oswald von Nell-Breuning hat das Konzept weiterentwickelt: Subsidiäre Hilfe muss den einzelnen stark machen!

1948 auf Schloss Herrenchiemsee wurde das subsidiäre Prinzip nicht ins Grundgesetz übernommen.

1991 schreibt Papst Johannes Paul II seine Kapitalismuskritik, in der er die Bedeutung des freien Marktes als Ansporn und einer stabilen Währung herausstellt. Ein Versorgungsstaat schaffe nur Probleme!

Im SGB V wird das Prinzip der Subsidiarität grundsätzlich gebrochen: Die Krankenversicherung wird als Solidargemeinschaft gesehen, der Einzelne ist für seine eigene Gesundheit nur **mit**verantwortlich! Danach wurden immer weitere Gesetze zur Stärkung der Solidarität erlassen. „Im 17.Jh hätte man das als Verdrängung der Volkssouveränität bezeichnet!“

C. Gebauer schließt mit der Feststellung, es gebe einen ethischen Imperativ, die Subsidiarität müsse bei der Staatsorganisation wieder eine Rolle spielen!