

**Symposion der AG Zukunft  
„Kosten-Nutzen-Bewertung“  
17. Juni 2008  
Berlin**

**Unerledigte, nicht zur Kenntnis genommene, stets wiederkehrende Fragen und  
Aufgaben zu: „Kosten-Nutzen“**

Eminent wichtig ist und bleibt für Forschung, Produktion, Arbeitsplätze, Anwendung im stationären wie auch im ambulanten Bereich und damit auch für jede Form von Abrechnungsmodalitäten, dass beschlossene Gesetze eine längere Haltbarkeitsdauer haben als nur ein paar Jahre Jahre. erinnert sei hier stellvertretend an: ABAG, ABBG, AVWG, GMG und jetzt auch das GKV- WSG. Die mit diesen Gesetzen verbundenen Änderungen bestanden oft darin, dass sie vorher getroffene Regelungen völlig auf den Kopf stellten. Planungssicherheit konnte damit nicht eintreten.

Die Ursache – nicht gerne zugegeben – war in der Regel, dass sich Einnahmen und Ausgaben im Versorgungsalltag anders entwickelten als erwartet. Gründe hierfür sind u.a. im demografischen Wandel, im medizinisch-technischen Fortschritt mit all den durch ihn auch gepuschten Erwartungshaltungen, in ansteigenden Fallhäufigkeiten, abnehmender Compliance, hoher Arbeitslosigkeit, etc. zu suchen.

Zu deutsch: Die jeweiligen gesetzlichen Änderungen waren Reaktionen auf die sich ändernde Kassenlage und nicht Ausfluss nach vorne gerichteter nachhaltiger Reformen. Es blieb bei kleinteiligen Reparaturen innerhalb der Strukturen des alten Systems mit seinen bekannten Instrumenten, Zielsetzungen und Versprechen: Alles medizinisch Notwendige für jeden, sinkende Beiträge und Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Das medizinisch Notwendige nach Stand der Forschung definiert sozusagen das zu erreichende Optimum, das sich aber zunehmend entfernte von der ökonomischen Umsetzbarkeit. Daher auch entsprechende Spannungen zwischen Ärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: Erstere mehr der Ethik zugeneigt, setzen sich für ein Optimum an medizinischer

Versorgung ein, die anderen fokussieren sich auf die Monetik - etwa im Zusammenhang mit Honoraren via HVM und EBM. Dass entsprechende Spannungen auch in der Auseinandersetzung zwischen ambulanten und stationären Bereich vorherrschen ist unausweichlich. Der Streit um die MVZ mag hier als pars pro toto gelten.

Reparaturen wie am EBM, die Loslösung von der Grundlohnrate im ambulanten Bereich und Versprechen auf Absenkung der Lasten für die Krankenhäuser bleiben solange Stückwerk, wie die notwendige Grundsatzdebatte über eine nachhaltigere Finanzierung ausbleibt. Dass diese sich an Zielmarken wie Grundversorgung, Priorisierung und Rationierung orientieren muss, daran führt kein Weg vorbei. Denn es bleibt die einfache Einsicht: Wir können mit begrenzten Mitteln nicht unbegrenzte Leistungsvolumina finanzieren.

Oder anders: Wir haben ein nach oben begrenztes Budget, das sich hinsichtlich der Aufstellung von Jahres-Haushalten innerhalb der GKV orientiert u.a. an den GKV-Einnahmen, den Zuschüssen des Finanzministers, den Geldern der Länder im Krankenhausbereich und den restlichen bekannten Einnahmeposten wie Zuzahlungen etc. Die Folgen: Ständig größer werdender Druck auf den Finanzminister - respektive alle Steuerzahler, Sonderopfer, schleichende Eliminierung der PKV, Ausgrenzungen von Leistungen, Erhöhung von Zuzahlungen, neue Geld-Verteilungsmechanismen via Morbi-RSA, einheitlicher Beitragssatz plus Zusatzbeitrag, ein Spitzenverband und anderes mehr.<sup>1</sup>

Bei aller berechtigten Kritik an den vermeintlichen Lösungsansätzen des GKV-WSG, bedeutet die Hinwendung zur Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG deshalb einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Statt der nahezu notorischen Fokussierung der Politik auf die Einnahmenseite im GKV-System, sind Hoffnungen, dass sich die Kosten-Nutzen-Analyse zu einem wirksamen Instrument des effektiveren Einsatzes vorhandener Finanzmittel entwickelt, durchaus berechtigt. Doch bis dahin ist es noch ein langer Weg: Die von Sawicki und Co. favorisierte

---

<sup>1</sup> Inklusive Insolvenzrecht, wo gesetzeskonforme Kassen nun zahlen sollen an solche, die geltendes Recht mit Duldung der Landesaufsichten unterlaufen haben (siehe Paragraphen 220ff. und 261 SGB V).

Methode „Analyse der Effizienzgrenze“ stößt erwartungsgemäß nicht nur auf Gegenliebe.

Kritisiert wird (u.a. vor allem, dass

- das IQWiG die Kosten einzig aus der Perspektive der GKV bewerten will und der Miteinbezug von Kosten und Einsparungen bei anderen Sozialversicherungen und den Steuereinnahmen durch eine medizinische Behandlung ausbleibt.
- Fragen der ökonomischen Evaluation nicht in der international üblichen Weise behandelt werden und die Bewertung des Verhältnisses zwischen Kosten und Nutzen nicht ausreichend spezifiziert wird.
- eine wie vom Methodenpapier vorgeschlagene rein indikationsbezogene Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit ökonomisch nicht möglich sei. Mangelnde Informationen zum Vergleich über Indikationsgebiete schüren allerdings die Gefahr, dass Entscheidungen inkonsistent sind und zu Ungerechtigkeiten gegenüber betroffenen Patientengruppen führen.
- Sich das Nebeneinander von Festbetragssystem und Rabattsystem konterkariert und echten Wettbewerb verhindert.

Die Kritik am GKV-WSG, ohne das ja auch die Kosten-Nutzen Debatte nicht bewertet werden kann, ist hinreichend durch Ökonomen, Juristen, Gesundheitswissenschaftler, Kassen und Ärzte artikuliert worden. Nimmt man die Koalitionsaussagen vom 11. November 2006 in das Visier, wird die Kritik noch verständlicher. Die Regierungsparteien erklären im Koalitionsvertrag willens zu sein,

- zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept zu entwickeln, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert.
- zur wettbewerblichen und freiheitlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens den mit dem GKV Modernisierungsgesetz eingeschlagenen Weg struktureller Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize konsequent weiterzugehen.
- zur Förderung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40% zu senken.

Also aus meiner Sicht noch mal:

Weder mit dem IQWiG noch mit den diesbezüglichen Vorschlägen der Professoren Breyer und Kollegen sind die Grundsatzprobleme der Finanzierung der GKV zu lösen. Beide Gruppierungen haben kein strukturelles Lösungsangebot für die sich weiter auseinander entwickelnde Schere zwischen Einnahme- und Ausgabevolumina.

Es bleiben - schon lange überfällig - noch viele Aufgaben zu erledigende Aufgaben:

- Der Start in die oben genannte Priorisierungs – und Rationierungsdebatte. Lesenswert ist in diesem Zusammenhang auch der interessante Ansatz der Schrift „Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ der Deutschen Bischöfe vom Mai 2003: „Angesichts knapper werdender Ressourcen und insbesondere neuer, durch die medizinische Entwicklung ermöglichter, kostenintensiver Leistungen, stellt sich die Frage nach der Definition des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung mit neuer Dringlichkeit, mithin die Frage nach einer Rationierung von Leistungen. Der einzelne wird Leistungen selbst tragen müssen“, heißt es dort.
- Der Einstieg in eine Festzuschussdebatte.
- Der Anstoß einer Debatte über den Einstieg in eine Grundversorgung plus eigenfinanzierte Zusatzpakete.
- Eine Debatte über die Auflösung des Körperschaftsstatus der GKV Kassen und die Anwendung des Kartellrechtes.
- Neujustierung der Aufgaben der Selbstverwaltung auf Grund der Erosion ihrer tragenden Säulen.