

Gesundheitsfonds – Intention, Systemfragen und Steuerungswirkung

Im Jahre 2008 wurden die Feierlichkeiten zum 125jährigen Bestehen der Sozialversicherung in Deutschland abgehalten. Glaubt man einigen Kommentaren zur Einführung des Gesundheitsfonds, so wird mit dem Fonds die Bismarcksche Sozialversicherung in eine Art Staatsmedizin für angestellte Ärzte umgewandelt, gleichzeitig eine Einheitskasse für Versicherte eingeführt und der Wettbewerb vollständig aus dem Gesundheitswesen eliminiert: Diese Prognosen sind nicht nur falsch, sondern verstellen den Blick für die tatsächlichen Defizite des Fonds. Der Fonds ist ein Produkt der Irritationen nach der Bundestagswahl. Fraglich ist, ob keine Lösung die bessere Lösung gewesen wäre. Aber die Steuerungsdefizite sind doch subtiler einzuschätzen, als die Kommentare vermuten lassen.

■ Karl Lauterbach und Markus Lungen

Weshalb brauchen wir den Fonds?

Im Jahr 2008 wurden soeben die Feierlichkeiten zum 125jährigen Bestehen der Sozialversicherung in Deutschland abgehalten. Glaubt man einigen Kommentaren zur Einführung des Gesundheitsfonds so wird mit dem Fonds die Bismarcksche Sozialversicherung in eine Staatsmedizin für angestellte Ärzte umgewandelt, gleichzeitig eine Einheitskasse für die Versicherten eingeführt und der Wettbewerb aus dem Gesundheitswesen vollständig eliminiert.

Diese Prognosen sind nicht nur falsch, sondern verstellen den Blick auf die wahren Defizite des Fonds. Der Fonds ist ein Produkt der Irritationen nach der Bundestagswahl. Bereits vor der Wahl waren die Problemlagen der Krankenversicherung nicht nur bekannt, sondern wurden in Kommissionen zur Genüge diskutiert: 1) die Senkung oder zumindest Beibehaltung der Lohnkosten, 2) die Abfederung der möglichen Ausgabenanstiege aus dem demografischen Übergang, die 3) die langfristige Sicherstellung der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung auf solidarischer Basis, 4) die Behandlung der individuellen Patienten nach Dringlichkeit und Erfordernis, 5) der faire Wettbewerb zwischen allen Krankenversicherungen.

Die Vorschläge aus Kommissionen und Gutachten wurden von den Parteien diskutiert und vor der Bundes-

tagswahl 2005 mehr oder weniger pointiert in Programme aufgenommen. Nach der Wahl stellte sich die Situation bekanntlich komplexer dar als vorher. Weder Bürgerversicherung noch Gesundheitsprämie fanden eine Mehrheit. Gesundheitsökonominnen und andere Experten waren aufgerufen, eine vollständig neue Lösung der Gesundheitsversorgung zu entwerfen. Diese neue Lösung fand sich nicht. Kein theoretisch überzeugender, in der Praxis anwendbarer und zugleich finanzierbarer Vorschlag wurde angeboten. Der Gesundheitsfonds stellte einen Kompromiss dar, um überhaupt eine Lösung zu präsentieren. Fraglich ist, ob keine Lösung die bessere Lösung gewesen wäre.

Welche Ziele wurden verfolgt und erreicht?

Allgemeiner Versicherungsschutz und Systemwettbewerb

Eines der mit der jüngsten Reform verfolgten Hauptziele war die Einführung eines umfassenden Versicherungsschutzes für die gesamte Bevölkerung. Die Schätzungen über Personen mit mangelhaftem Versicherungsschutz waren sich darin einig, dass vorwiegend ehemals privat Versicherte betroffen waren, die ihre Beiträge nicht mehr aufbringen konnten und nun wie aus einer Kraftfahrtversicherung heraus gekündigt wurden. Es handelt sich

Karl Lauterbach und Markus Lungen, Universität Köln

vorwiegend um ein Problem der privaten Krankenversicherung, welches sich aus deren Geschäftsmodell (Leistung nur gegen Beiträge aus Einkommen) zwingend ergibt.

Der verpflichtende Versicherungsschutz hätte jedoch auch ohne Gesundheitsfonds eingeführt werden können. Der entscheidende Schritt liegt vielmehr darin, dass in Verbindung mit dem Basistarif in der privaten Versicherung und dem notwendigen Schutz vor finanzieller Überlastung der zuvor privat versicherten Personen nun auch die PKV die Erfordernis eines internen Risikostrukturausgleichs erkannt wurde. Haben das gesetzliche und private System jedoch gleichen und ausreichenden Leistungsumfang, Versicherungspflicht und einen Risikostrukturausgleich stellt sich die Frage, weshalb der Gesundheitsfonds nicht genutzt wurde, um die beiden Systeme zu einem zu verschmelzen. Der Fonds ist hier eindeutig auf halbem Wege stecken geblieben.

Senkung der Lohnkosten

Eine Senkung der Lohnkosten ist ein schwieriges Unterfangen. Dies mussten bereits die Befürworter einer Gesundheitsprämien feststellen, als sie bemerkten, dass die Umwandlung von Krankenversicherungsbeiträgen in Bruttobestandteile des Lohnes keinesfalls die Lohnkosten der Unternehmer senkt. Die gute wirtschaftliche Konjunktur der letzten Monate milderte die hitzige Diskussion um Lohnkosten im internationalen Vergleich ab, doch sicher scheint, dass es bessere Lösungen gibt, als die derzeitige nahezu volle Umlage der Krankheitskosten auf die Löhne und Gehälter. Werden nennenswerte Anteile der Krankheitskosten aus Steuermitteln erbracht, wird der Arbeitgeber effektiv entlastet, der Arbeitsmarkt belebt und das Gesundheitswesen von dem Stigma des Preistreibers befreit.

Die derzeit vorgesehenen Anteile aus Steuermitteln sind allerdings zu gering um Wirkung entfalten zu können. Der Streit um die Herkunft der zugesagten Mittel ist dennoch bereits entbrannt. Der Gesundheitsfonds hat es nicht geschafft, hier ein eindeutiges Umlenken zu beginnen. Notwendig ist, dass es einen Steueranteil gibt, der einen spürbaren Anteil der Gesundheitskosten übernimmt, ohne den Konsum bei Beziehern kleiner Einkommen zu bremsen. Die zielgerichtete Verwendung eines Zuschlags zur Einkommensteuer für Bezieher hoher Einkommen wäre ein sinnvoller Weg.

Die derzeitige Unsicherheit unter den Krankenkassen über die zukünftig zur Verfügung stehenden Mittel führt dazu, dass selbst mögliche Beitragssatzsteigerungen in guter konjunktureller Lage nicht vorgenommen wurden. Die Krankenkassen scheuten das Risiko, ihre Reserven zu stark zu strapazieren, mussten teilweise noch Altlasten abtragen, oder warteten einfach ab. Zusammen mit Ausgabenversprechen für ambulante und stationäre Leistungen ergaben sich Beitragssatzsteigerungen statt Senkungen. Der Fonds führte nicht zur Senkung der Lohnnebenkosten, sondern zur Steigerung.

Eine nicht zu unterschätzende Steuerungswirkung wird der Gesundheitsfonds daher auf die Arbeitgeber haben. Hatten diese bisher Interesse an der richtigen Wahl der Krankenkasse durch ihre Versicherten, entfällt dies zukünftig. Beitragssatzunterschiede gehen zu Lasten oder zu Gunsten der Arbeitnehmer. Damit entfällt auch ein (möglicherweise sogar schwerwiegender) Vorteil einer eigenen Betriebskrankenkasse. Unternehmen, welche bisher viele ihrer Versicherten in günstigen Krankenkassen versichert hatten, gehören zu den Verlierern. Umgekehrt profitiert die Rentenversicherung, denn ihre Klientel war bisher zu großen Teilen in Versorgerkassen mit hohen Beitragssatzpunkten.

Es ist absehbar, dass Arbeitgeber darauf drängen werden, den Fonds nicht ausreichend zu füllen und somit eine erhöhte Zusatzprämie in Kauf zu nehmen. Diese würde von den Arbeitnehmern und Rentnern getragen. Sie muss aufwändig eingezogen werden und führt dazu, dass Krankenversicherungen sich wieder auf einen Wettbewerb um Gutverdiener einlassen. Kranke und Geringverdiener haben das Nachsehen.

Wettbewerb der Krankenkassen

Die Befürchtung, dass durch den Gesundheitsfonds ein Nachlassen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen eintritt, ist nicht nur unbegründet, sondern im Gegenteil falsch. Zwar wird der gesetzliche Beitrag für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zunächst vereinheitlicht, jedoch kann eine Krankenkasse bei hoher oder niedriger Effizienz einen Zusatzbeitrag an die Versicherten ausschütten bzw. diesen erheben. Dieser Zusatzbeitrag hat, insbesondere wenn er als absoluter Eurobeitrag erhoben wird, eine sehr viel höhere Merklichkeit für den Versicherten als die heute im Rahmen der Lohnabrechnung versteckten Beitragssatzunterschiede. Zudem muss der Zusatzbeitrag allein vom Arbeitnehmer getragen werden, beziehungsweise kann von ihm konsumiert werden. Eine der Hauptfolgen des Gesundheitsfonds wird daher die Intensivierung des Wettbewerbs durch die stärker sichtbare Zusatzprämie sein. Die Vereinnahmung von Leistungen in den Krankenkassenpflichtkatalog, wie etwa im Bereich der Rehabilitation, ist daher folgerichtig. Ansonsten droht, dass diese Leistungen zu restriktiv von den Krankenkassen bewilligt würden.

Langfristige Sicherstellung der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung auf solidarischer Basis

Ein klarer Mangel des Gesundheitsfonds besteht in der fehlenden Standardisierung der Zusatzprämie an der Grundlohnsumme der Versicherten. Die Abbildung zeigt, dass zwei identische Krankenkassen mit identischem Fehlbetrag in Abhängigkeit von der Grundlohnsumme ihrer Versicherten unterschiedliche Zusatzbeiträge erheben müssen. Der Mechanismus ist leicht verständlich, denn wenn aus einer vorgegebenen Grundlohnsumme ein ab-

Abbildung 1: Wirkungen der Grundlohnsumme auf die Höhe des Zusatzbeitrages

Krankenkasse A	Krankenkasse B
Mitglieder: 1 Mio.	Mitglieder: 1 Mio.
Grundlohn: 25.000 € pro Mitglied	Grundlohn: 12.500 € pro Mitglied
Grundlohnsumme: 25 Mrd. €	Grundlohnsumme: 12,5 Mrd. €
Unterdeckung: 100 € pro Mitglied	Unterdeckung: 100 € pro Mitglied
Unterdeckungssumme: 100 Mio. €	Unterdeckungssumme: 100 Mio. €
Zusatzbeitrag: 0,4 %	Zusatzbeitrag: 0,8 %

soluter Geldbetrag geschöpft werden muss, ist es nun mal entscheidend, wie hoch die Grundlohnsumme ist.

Diese klare Benachteiligung von Krankenkassen mit vielen Versicherten im niedrigen Einkommenssegment ist mit fairem Wettbewerb jedoch nicht vereinbar. Somit ist zwar der auf 100 Prozent angehobene Grundlohn ausgleich (unter Einbeziehung der Verwaltungsausgaben) ein richtiger Schritt, jedoch muss diese Standardisierung auch auf einen eventuell zu erhebenden Zusatzbeitrag ausgedehnt werden. Ansonsten ist es für die Krankenkassen weiterhin lohnend sich auf Versicherte mit hohem Einkommen zu konzentrieren und diese zu umwerben.

Ein weiterer lange bekannter Fehlanreiz besteht in der nicht vollzogenen Einbeziehung der PKV in den Fonds. Die PKV enthält dem GKV-System pro Jahr rund 10 Mrd. Euro an Beiträgen vor. Dieser Betrag entsteht dadurch, dass die gut verdienenden privat Versicherten in ihrer privaten Absicherung weniger einzahlen, als sie es im solidarischen System der GKV tun müssten. Diese 10 Mrd. Euro werden auch nicht durch die höheren PKV-Entgelte wieder an die GKV zurück gegeben. Denn die PKV-Ausgaben fallen dort an, wo privat Versicherte wohnen und zum Arzt gehen. Stadtteile und Regionen mit hohen Anteilen privat Versicherter haben wenig überraschend eine Überversorgung an Ärzten. Es fehlen Ärzte dort, wo lediglich gesetzlich Versicherte wohnen. Dem Landarzt hilft es wenig, dass die Stadtbewohner eine hohe Quote an PKV-Einnahmen aufweist. Der Landarzt muss seine Praxis schließen. Sinnvoll ist es, die 10 Mrd. Euro über den Fonds an diejenigen Ärzte zu verteilen, die zusätzliche Einnahmen am nötigsten brauchen und verdient hätten. Dies sind Ärzte, die sich um chronisch Kranke und Bedürftige kümmern und dabei sehr gute Qualität liefern. Der Fonds hat die Chance verpasst, diese Zwei-Klassen Medizin zu stoppen.

Behandlung der individuellen Patienten nach Dringlichkeit und Erfordernis

Ein weiteres Ziel, welches bereits vor Verabschiedung des Gesundheitsfonds im Gesetz verankert war, ist die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die politisch gewollte Begrenzung auf lediglich 50 bis 80 teure Erkrankungen ist allerdings aus Sicht eines fairen Wettbewerbs nicht nachvollziehbar. Die Begründung, dass ansonsten höherer Aufwand für Bürokratie, Datensammlung und Auswertung anfallen würden, ist nicht zutreffend. Die benötigten Daten stehen bereits in elektronisch lesbarer Form zur Verfügung. Die Einbeziehung aller Erkrankungen in statistische Modelle ist weniger Aufwand, als zuvor aufwendig Erkrankungen heraus zu picken.

Eine Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf alle Erkrankungen ist aus wettbewerblicher Sicht zwingend notwendig. Die Argumente, dass einer Krankenkasse nicht alle Morbiditäten der Versicherten ausgeglichen werden dürfen, da diese ansonsten zu wenig in Prävention investieren, sind in der Realität kaum tragfähig. Erstens ist es zweifelhaft, welchen Einfluss eine Krankenkasse auf das Verhalten ihrer Versicherten hat. Zweitens ist es strittig, dass einige Stadien einer Erkrankung höhere Präventionsaufmerksamkeit genießen sollen als andere.

Bisher hatten Krankenkassen keinerlei Kompensation für fortschreitende Krankheitszustände erhalten, und trotz dieser maximalen Präventionsanreize waren Krankenkassen kaum in der Lage, ihre Versicherten effektiv im Lebensstil zu beeinflussen. Werden nun einzelne (leichte) Krankheitsstufen aus der Erstattung im Risikostrukturausgleich heraus genommen, hätte die Krankenkasse sogar den Anreiz, ihre Versicherten möglichst schnell in höhere Stufen abgleiten zu lassen. Sicher kein guter Präventionsanreiz.

Das Präventionsgesetz ist in der Debatte um den Fonds unter die Räder gekommen. Der Fonds muss ergänzt wer-

den um eine Verrechnung von geprüften und effektiven Maßnahmen zu gesamtgesellschaftlichen Präventionsaufgaben. Auch die derzeit wirksamste Präventionsmaßnahme in Deutschland, die Durchführung der Disease-Management-Programme, ist weiterhin zu unterstützen. Die bisherige enge Anbindung der Programme an den Risikostrukturausgleich wird durch die Morbiditätsorientierung wegfallen. Dennoch muss eine Förderung der Programme beibehalten werden. Ansonsten werden Krankenkassen die Programme nicht fortführen, da sie damit Gefahr laufen, schlechte Risiken anzulocken, die hohen Verwaltungsaufwand in den Geschäftsstellen hervor rufen und womöglich sogar niedrige Lohnsummen vermuten lassen. Es ist widersprüchlich, über Jahre hinweg gute Qualität der Versorgung anzustreben, dafür die Disease-Management Programme zu verfeinern und dann die Finanzierung zu stoppen. Wenden sich die Krankenkassen nur den gesunden, gut verdienenden Versicherten zu, die auch Zusatzprämien aufbringen können, ist Deutschland internationale Voreiterrolle bei Disease-Management Programmen verloren.

Systemfrage, Einheitskasse, Staatsmedizin?

Mit dem Gesundheitsfonds wurde die Systemfrage in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gestellt, de facto jedoch beantwortet. Die Antwort kam jedoch nicht von der Politik, sondern durch die Unternehmen der PKV. Die private Assekuranz hat als erste erkannt, dass es für sie schwierig wird, sofern das derzeit nahezu risikolose Geschäft zukünftig dem Wettbewerb ausgesetzt würde. Wesentliche Gefahren für das PKV-Geschäft sind die mögliche Übertragung von Altersrückstellungen und damit die Möglichkeit des Wechsels von privat Versicherten in andere Tarife, die Vernachlässigung von Innovationen im Management von Behandlungsabläufen und Vertragsmanagement, das Vertrauen darauf, dass Beamte niemals ein Wahlrecht zwischen gesetzlicher und privater Versiche-

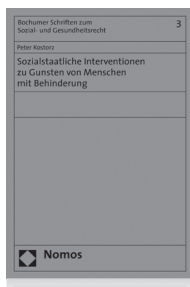
rung einfordern werden und schließlich die Hoffnung, dass hohe Gebührensätze dauerhaft durch geringe Morbidität der Versicherten aufgefangen werden können. Alle Punkte haben an Brisanz zugelegt. Es ist daher absehbar, dass die Zusammenarbeit zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherungen zunehmen wird und auch die Geschäftsmodelle sich angleichen werden. Überraschend daran ist, dass es die private Krankenversicherung selbst ist, die den Prozess einleitet.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Einheitskasse im Rahmen des Gesundheitsfonds entstehen wird. Wie bereits oben argumentiert, wird im Gegenteil der Wettbewerb innerhalb als auch zwischen den Systemen intensiviert. Unzweifelhaft ist, dass der Gesundheitsfonds die Konzentration der Krankenkassen, welche in den vergangenen Jahren bereits große Fortschritte machte, nochmals beschleunigen wird.

Ebenso wird der Gesundheitsfonds keine Staatsmedizin einführen. Er sorgt dafür, dass die Krankenkassen und Regionen mit hoher Morbiditätslast auch mehr Geld erhalten. Sofern einige Regionen bisher davon profitierten, dass die Bewohner hohe Gehälter mit entsprechend hohen Beiträgen erbringen konnten, wird dies zunehmend unterbunden. In einem solidarischen System sollte die Solidarität weder an der Versicherungspflichtgrenze noch an der Landesgrenze des Bundeslandes stoppen.

Jeder Arzt sollte unter angemessenen finanziellen Bedingungen arbeiten. Gerade die letzten Monate haben gezeigt, dass die Ärzte selbst darauf drängen, für sich handhabbare Abrechnungsmuster zu verhandeln. Der Gesundheitsfonds sorgt dafür, dass diejenige Krankenkasse die Auszahlung bekommt, die auch eine hohe Morbiditätslast hat. Dass die Gelder an besonders leistungsfähige Arztpraxen weiter gegeben werden, etwa durch Qualitätszuschläge, ist eine Idee, die sich zunehmend durchsetzt. Auch hier muss der Fonds noch zeigen, dass er in der Lage ist, die Situation der Kranken zu verbessern.

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen



Sozialstaatliche Interventionen zu Gunsten von Menschen mit Behinderung

Eine systematische Einordnung der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem SGB IX in die Grundstrukturen der deutschen Sozialordnung

Von Dr. Peter Kostorz

2008, 418 S., brosch., 98,- €, ISBN 978-3-8329-3552-8

(Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Bd. 3)



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de