

# Ordnungspolitische Implikationen des Gesundheitsfonds für ein freiheitliches Gesundheitswesen

*Der Anspruch konnte nicht höher sein: mit der Schaffung des Gesundheitsfonds sollten gleichzeitig „der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht“<sup>1</sup> werden. Als ein zentraler Punkt des Koalitionsvertrages<sup>2</sup> und der Regierungserklärung<sup>3</sup> (Mehr Freiheit wagen) formulierte man für die Gesundheitsreform anspruchsvolle ordnungspolitische Vorgaben. Die Latte lag also hoch.*

■ Herbert Rebscher

Was jetzt als Gesetzesentwurf vorliegt, kann diesen Anspruch nicht bedienen. Im Gegenteil: Er zementiert bekannte Schwächen auf der Finanzierungsseite, löst keines der diskutierten Probleme und schafft seinerseits jedoch neue massive Verwerfungen im Wettbewerb der Krankenversicherungen. Selten war die Kritik so einhellig, so interessenübergreifend, so harsch. Selbst der stets abwägend formulierende Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung<sup>4</sup> verlässt seine wissenschaftliche Zurückhaltung und urteilt eindeutig: „mislungener Kompromiss“, „massive Wettbewerbsverzerrung“, „Fonds: eine Missgeburt“ und folgert eine „wettbewerbsschädliche Wirkung des Gesundheitsfonds“.

Das Prinzip des Fonds ist im Grunde simpel, seine ökonomischen Anreizwirkungen sind jedoch hochkomplex und seine ordnungspolitischen Implikationen wirken nachhaltig – sie sind irreparabel.

Ordnungspolitik umfasst die Gesamtheit des verfassten Rechtsrahmens, des institutionellen Gefüges und des steuernden Regelwerkes, welches die ökonomischen Anreize für alle Akteure auf ein gesellschaftlich akzeptiertes Zielsystem ausrichtet.

Zielführende Ordnungspolitik im Gesundheitssystem setzt somit Anreize zur Erreichung von Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Es besteht Konsens, dass dysfunktionale Anreize z. B. zur Risikoselektion, zu Wettbewerbsverzerrungen und unproduktiven Gesamteffekten führen und deshalb zu vermeiden sind. Getreu einem tradierten ökonomischen

Bonmot, wonach „gute Anreize gut und schlechte eben schlecht steuern“, soll die Anreizstruktur des GKV-WSG betrachtet werden.

## Ordnungspolitische Implikationen des Gesundheitsfonds

1. Zunächst beseitigt der Fonds für das komplexe Produkt „Krankenversicherungsschutz“ den Preis in Form eines Beitrages beim wettbewerblich gewählten Unternehmen Krankenkasse. Er schafft für den Bürger mehr als je zuvor erlebbar eine staatsnahe, steuerähnlich finanzierte Einheitsagentur mit bundesweit einheitlichem und politisch festgelegtem Beitrag. Die wettbewerblich gewonnene Bindung Kunde/Krankenversicherung wird einer anonymen Fondsfinanzierung geopfert. Wie bei der Steuer – dort allerdings systematisch richtig – wird nun auch bei der Krankenversicherung der Charakter „Preis für Leistung“ eliminiert. Eigenverantwortliches Handeln wird dadurch nicht gefördert, sondern einer abstrakten Finanzkonstruktion geopfert.
2. Mitgeopfert wird auch das autonome Recht der Selbstverwaltung, den Preis, den Beitragssatz der Krankenkasse zu kalkulieren und im Wettbewerb zu verantworten. Die Entbindung der Selbstverwaltung vom ökonomisch zentralen Entscheidungsgegenstand reicht weiter als die bloße Sachfrage vermuten lässt; sie wirkt als Entmachtung gesellschaftlicher Instanzen und demokratisch legitimer Akteure zugunsten staatlicher Vereinheitlichungsbemühungen.
3. Die systematisch falsche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Beiträge statt über Steuern – eine der wesentlichen Ursachen der Finanzierungsprobleme der letzten Jahre – wird nicht beseitigt, sondern im Rahmen des Fonds „vergemeinschaftet“. Auch die

*Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK, Prof. für Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth*

vage Zusage einer Finanzierung der Kinderversicherung über Steuern kann darüber nicht hinwegtäuschen.<sup>5</sup> Nach den empirisch gefestigten Erfahrungen der letzten Jahre muss der Verweis auf eine höhere Steuerfinanzierung als diskreditiert gelten.<sup>6</sup>

4. Die mit der Fondskonstruktion einhergehende „Verstaatlichung“ bisher wettbewerblicher und staatsferner Interessenverbände produziert einen fragwürdigen ordnungspolitischen Dreiklang von Finanzmacht im Staatsfonds, Durchgriffsmacht im neu geschaffenen Staatsverband (genannt Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und Gestaltungsmacht in der Staatsregulierungsbehörde (ehemals gemeinsame Selbstverwaltung). Im Gegensatz zur Deregulierung der Post, bei der man anstelle des ehemaligen Postministeriums eine Regulierungsbehörde setzte, wird hier die Regulierungsbehörde (bzw. der Staatsverband) anstelle der wettbewerblich organisierten Verbändestrukturen und Interessenidentitäten gesetzt und die zentrale Durchgriffsmacht an das Ministerium/die Politik selbst gebunden. Weniger Freiheit, mehr Staat ist die Folge.
5. Die Zuweisung der Mittel aus dem Fonds erfolgt nach den Kriterien eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, auf Basis von 50-80 Krankheiten, mit einer die Länderfinanzinteressen berücksichtigenden „Konvergenzklausel“.  
Unbeschadet der Widersprüchlichkeit und offenkundigen Willkürlichkeit dieser drei Bedingungen wird diese Konstruktion das Problem der wettbewerbsverzerrenden Risikoselektion nicht lösen, sondern neu befördern. Auch der nach vorliegenden Gutachten beste Ansatz, Morbidität abzubilden<sup>7</sup>, kann lediglich knapp 25 % der Ausgabenunterschiede erklären. 75 % der Ausgaben bleiben somit von der Morbiditätsverteilung her unerklärt. Die willkürliche Fokussierung auf 50-80 Krankheiten ist eine Einladung zu Manipulation und gezielter Risikoselektion.
6. Vor diesem Hintergrund ist das ökonomische Ventil der Finanzierungsreform, der kassenindividuelle Zusatzbeitrag oder die „kleine Prämie“, ein wettbewerbsverzerrendes und grob falsche Anreize setzendes Preissignal.<sup>8</sup>  
Die politische Botschaft „wirtschaftlich arbeitende Kassen brauchen keine Zusatzprämie, unwirtschaftliche Kassen brauchen eine Zusatzprämie“<sup>9</sup>, beinhaltet ein mindestens dreifaches Problem:
  - Diese Aussage ist erstens sachlich schlicht falsch! Da die Zusatzprämie ohne jeden Ausgleich der Einkommensunterschiede, der Morbiditätsrisiken und der Familienstrukturen wirkt, werden die Prämienunterschiede der Zukunft in erheblichem Maße die Versorgungsintensität und die finanzielle Ausstattung der Versicherten einer Kasse abbilden und deshalb dysfunktional wirken: „der Zusatzbeitrag (ist) von der Struktur der Versicherten einer einzelnen Kasse abhängig. Dies führt zu einem verzerrten Wettbewerb um einkommensstarke, ledige, gesunde Versicherte und nicht, wie gewünscht, um eine effi-

ziente Leistungserbringung.“ ... „diese dysfunktionale Ausgestaltung (könnte) dazu führen, dass eine Kasse ... aus dem Markt ausscheiden muss, nicht weil sie ineffizient wirtschaftet, sondern weil sie eine ungünstige Versichertenstruktur hat“<sup>10</sup>. Über die 1%ige Überforderungsklausel bzw. 8 Euro-Grenze erübrigt sich jede ernsthafte Diskussion – sie ist dem Koalitionsfrieden geschuldet.

- Diese Aussage ist zweitens politisch kurzsichtig! Wenn die Politik in der Zusatzprämie das ökonomische Ventil für die zukünftige Dynamik des Gesundheitsmarktes sieht, ist diese Aussage auch perspektivisch völlig unverständlich. Politik müsste dafür an die Eigenverantwortlichkeit appellieren und dafür werben, dass eine qualitativ gute und umfassende Versorgung durch Eigenfinanzierung ergänzt werden muss und gute Angebote eben auch ihren Preis haben.  
Wer die Prämie als Unwirtschaftlichkeitssignal verunglimpft, darf sich ebenfalls nicht wundern, wenn Prämienvermeidung durch Risikoselektion, Leistungsverweigerung und Tarifdumping die relevanten strategischen Ansätze des Kassenmanagements werden.
- Diese Aussage diskreditiert schließlich drittens das Bemühen um Qualität und Effizienz! Wenn 20 % der Menschen rund 80 % der Leistungsausgaben benötigen – einen extrem hohen Teil davon zudem wenige Jahre vor dem Tod – entsteht eine im Vergleich untypische Marktsplaltung in einen kleinen Teil von Menschen (20 %) mit einem extremen Leistungsbedarf und einen sehr großen Teil von Menschen (80 %) ohne relevanten Leistungsbezug.  
Preissteuerung setzt auf Preisreagibilität. Preisreagibilität der Vielen (80 %) ohne relevanten Leistungsbezug heißt jedoch, dass der Nutzen ausschließlich im Preis des Versicherungsarrangements (Risikoabsicherung), nicht jedoch im (Leistungs-) Nutzen qualitativer Medizin, im Nutzen guter Versorgungsorganisation, im Nutzen medizinischer und pflegerischer Qualität beurteilt wird und werden kann.  
Wenn ein Tatbestand die gesundheitsökonomische Beurteilung insgesamt bestimmt, dann der, dass „Effizienz“ nur an der angemessenen, guten und wirtschaftlichen Versorgung kranker Menschen beurteilt werden kann. Es geht um die wirtschaftliche Erbringung einer notwendigen Leistung in guter Qualität. Die mittel- und langfristige Perspektive zählt. Die Vermeidung einer Eskalation von Krankheiten und Risikofaktoren ist das eigentliche Ziel. Deshalb müssen ganzheitliche Versorgungskontexte inkl. Prävention, Rehabilitation und Pflege organisiert werden – in diesem Rahmen wäre „Effizienz“ messbar und beurteilbar.  
Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerungswettbewerb erzielt es Prämiendumping für ausschließlich preisreagible gesunde Kunden darf nicht als „Effizienz“ missinterpretiert werden.

7. Wenn die kleine Prämie in der Ausgestaltung des GKV-WSG, wegen des staatlich administrierten Einheitsbeitrags, das einzige unterscheidbare Wettbewerbskriterium für preisreagibel in der Regel junge und/oder gesunde Menschen wird – und das ist der zentrale politische Wille – dann wird der Rechtsrahmen seine ordnungspolitische Anreizwirkung wie folgt entfalten:

- Preiswettbewerb durch Leistungsverweigerung
- Kurzfristige Prämienorientierung („Billig“) statt mittelfristiger Versorgungsoptimierung („Effizient“)
- Akutmedizinische Fokussierung statt präventions- und rehabilitationsmedizinischer Orientierung
- Grundleistungsorientierung (RSA-kompatibel) statt ganzheitlicher Medizinansatz
- Billigmedizin (Preis/Prämie) statt Qualitätsmedizin (Nutzen/Qualität) bei formalem Leistungsanspruch

8. Die strategische Ausrichtung der Versicherungsunternehmen wird in strenger Konsequenz den genannten Anreizen folgen und somit von problematischen Elementen geprägt sein:

- Risikoselektion statt Versorgungsoptimierung
- Kurzfristige Prämienvermeidung statt Effizienz der Abläufe
- Attraktive Angebote mit kurzfristigem Nutzen (Eventcharakter) für die Zielgruppe Jung/Gesund statt mittel- und langfristiger Qualitätsstrategien für die Zielgruppe Alt/Krank.
- Intransparente Tarifgestaltungen und Leistungspakete als Marketinginstrumente.

Bei Drohung des Totalverlustes (Insolvenz einer Krankenkasse) wird dieses strategische Konzept gegen jeden gesundheitsökonomischen Sachverstand von den Akteuren zu exekutieren sein. Spätestens die Unternehmensberatungen der Republik werden diesen betriebswirtschaftlichen Zynismus als handlungsleitende Maxime und neuen Benchmark etablieren.

9. Der Einwand, diese Analyse würde auch im Status quo gelten, ist zwar prinzipiell richtig, aber in der konkreten Zuspitzung falsch.

Das GKV-WSG provoziert eine nie gekannte Zuspitzung latent vorhandener Gefahren.

Es ist ein zentraler Unterschied, ob ein komplexes Versicherungsprodukt auch über einen komplexen Preis/Beitrag angeboten wird, oder aber in subjektiver Betrachtung des Kunden in ein staatliches Einheitsprodukt mit einer Quasi-Steuerfinanzierung überführt wird. Wenn daneben eine Zusatzprämie als das neue wesentliche Wettbewerbskriterium eingeführt wird, wird die Zahlungsbereitschaft der Kunden sich streng am individuellen Mehr-Nutzen des Zusatzbeitrages orientieren.

Kurz: Leistungen wie die geriatrische Rehabilitation – das gilt für alle wesentlichen mittel- und langfristigen Vertragskonzepte – hat als Bestandteil eines komple-

xen Versicherungsproduktes und -preises auch für den 25jährigen Gesunden seine Berechtigung. Als Begründung für eine Zusatzprämie für diesen Personenkreis reicht sie allerdings nicht.<sup>11</sup> Es ist sicher kein Zufall, dass der Gesetzgeber noch rechtzeitig vor den „segensreichen Anreizwirkungen“ des GKV-WSG sensible Leistungsbereiche, wie die geriatrische Rehabilitation, die Palliativversorgung, die Mutter-/Vater-Kind-Kuren, noch zu gesetzlichen Regelleistungen gemacht hat. Eine kluge Entscheidung bei den neuen ordnungspolitisch so kontraproduktiven Anreizstrukturen des Gesetzes.

10. Es gab eine Alternative zu diesem missglückten Versuch. Erstens: Eine Kombination von ambitionierter Strukturreform – für die sich im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und GKV-WSG hinreichend Paragraphen finden lassen. Zweitens: Eine über die Legislaturperiode die Beitragssätze stabilisierende Übernahme staatlicher Aufgaben durch sachlich gebotene Steuerfinanzierung sowie schließlich drittens: Ein Stück politischer Souveränität wären dazu notwendig gewesen. Souverän wäre das offene Eingeständnis, dass es Bereiche gibt, in denen keine Lösung besser ist als eine krampfhaft eingetragene. Der Verzicht auf den völlig unnützen Fonds, den staatlichen Einheitsbeitrag und die Zerschlagung gewachsener und wettbewerblicher Organisationsstrukturen zugunsten von staatlichem Einheitsverband und Regulierungsbehörde wären die Konsequenz gewesen. Nach kurzfristiger publizistischer Häme hätte die Debatte schnell eine inhaltlich konstruktive Wendung genommen und die Reform hätte als Akt politischer Souveränität der großen Koalition verstanden werden können. Vor allem aber: Die Menschen hätten durch konkreten und erlebten Fortschritt Vertrauen in das System zurückgewonnen – ein hohes Gut, das nun verloren zu gehen droht.

## Fußnoten

- 1 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG, vom 24.10.2006 (Bundestags-Drucksache 16/3100), S. 2 f
- 2 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005. Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit
- 3 Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Angela Merkel vor dem Deutschen Bundestag – Berlin, 30. November 2005
- 4 vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2006/07. Widerstrebende Interessen – ungenutzte Chancen. Randziffern 279-292
- 5 Die geradezu groteske Behandlung der Tabaksteuerproblematik mag ein Vorgeschmack auf die zukünftige Manipulationsmasse geben.
- 6 Vgl. Beske, F. / Drabinski, T. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung – Politische Entscheidungen 1977 – 2004 und andere Tatbestände. Schriftenreihe Band 101. Kiel 2004.
- 7 IGES/ Lauterbach/ Wasem. Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich (Endbericht). Seite 12, Tabelle 1 – R\_-Werte der untersuchten Modelle.
- 8 Sachverständigenrat, insbes. Randziffern 290-292
- 9 Gesetzentwurf der Fraktionen (Drucksache 16/3100) Seite 470, zu Nummer 161 (§ 242)
- 10 Sachverständigenrat, Randziffer 292
- 11 Es wäre im Gegenteil höchst rational eine versorgungsstarke Krankenkasse erst dann zu wählen, wenn deren Leistungsportfolio mit der festgestellten eigenen Erkrankung korreliert und bis dahin ausschließlich preisreagibel zu optimieren.