

Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgemeinschaft überleben?

Rolf Rosenbrock

April 2002

Vortrag auf dem „Mahl der Arbeit“ am 29. April 2002 im Bremer Rathaus

Gemeinhin unterscheiden wir drei Typen von Gesundheitssystemen: überwiegend marktwirtschaftlich gesteuerte Versorgung (Leitbeispiel USA), steuerfinanzierte staatliche Systeme (Leitbeispiele Kanada, Skandinavien und GB) und auf dem Prinzip der Partizipation durch Verbände fussende Sozialversicherungssysteme (Leitbeispiele v.a. Mitteleuropa, darunter Deutschland, Frankreich, Österreich etc.). Keiner dieser Grundtypen kommt in reiner Form vor, und alle Systeme haben große und überwiegend auch zunehmende Schwierigkeiten, die gegenwärtigen und absehbaren gesundheitspolitischen Herausforderungen zu bewältigen. Kontroverse Diskussionen über die Weiterentwicklung bzw. Anpassung bzw. einen Systemwechsel finden sich in allen Ländern aller drei Grundtypen.

Die gegenwärtige Diskussion in Deutschland spitzt sich im Kern auf die Frage zu, ob auch in Zukunft allen Menschen ohne ökonomische und soziale Diskriminierung im Krankheitsfall alle medizinisch bzw. gesundheitlich „ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Leistungen“ (§ 12 SGB V) zur Verfügung gestellt werden sollen, ob also das zivilisatorisch hohe Gut des ökonomisch und sozial undiskriminierten Zugangs zu bestmöglicher Krankenversorgung aufgegeben werden soll. Während die konservativen und wirtschafts-liberalen Kräfte in Zukunft eine Aufteilung des Leistungskataloges in solidarisch finanzierte Grundleistungen und privat abzuschließende Wahl- oder Zusatzleistungen oder erheblich erhöhte Zuzahlungen für Patienten anstreben, möchte die Mehrheit der sozialdemokratischen und bürgerrechts-liberalen Kräfte durch mehr Wettbewerb die Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessern und absehbare Kostensteigerungen durch Erweiterungen der Finanzierungsbasis auffangen.

Ich halte beide Wege für sachlich nicht zielführend und glaube, dass schon der jeweils gewählte Themenzuschnitt, also die Problemdefinition, und erst recht die Lösungswege mehr von neoliberaler Ideologie und populistischem Gedankengut getragen sind als von gesundheitswissenschaftlicher und ökonomischer Sachkenntnis.

Ich möchte dies an drei Beispielen kurz belegen und mich dann schwerpunktmäßig der Frage zuwenden, ob die Funktionsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung durch mehr marktwirtschaftlicher Regulierung und insbesondere durch mehr wirt-

schaftlicher Konkurrenz, zwischen den Krankenkassen wie auch zwischen den Leistungserbringern, verbessert werden kann.

Zunächst aber zu den Beispielen für populistisch-ideologische und deshalb irreführende Problemdefinition:

Ganz überwiegend wird in Deutschland als das zentrale Problem der GKV in der „Kostenexplosion“ gesehen – und das seit über 20 Jahren. Der Umstand, dass ein Vorgang, der mehr als 20 Jahre anhält, schlecht als Explosion bezeichnet werden kann, hat der populistischen Wirksamkeit dieser Metapher nichts geschadet. Tatsächlich aber gibt es eine solche Explosion nicht:

Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP ist seit Beginn der achtziger Jahre mit ca. 6 % konstant, das heißt, dass die GKV-Ausgaben für das Gesundheitswesen nicht schneller steigen als das Wirtschaftswachstum. Das ist doppelt verwunderlich, weil die Krankenversorgung im Vergleich zu anderen Branchen außerordentlich dienstleistungs- und personalintensiv und damit ein unterdurchschnittlich rationalisierungsfähiger Wirtschaftsbereich ist.

Was tatsächlich steigt, sind die Beitragssätze, von ca. 12,5% zu Beginn der achtziger Jahre auf heute durchschnittlich 14%. Die Beitragssätze steigen aber nicht wegen explodierender Kosten, sondern vor allem wegen sinkender Lohnquote. Lag diese 1980 noch bei 74,5%, so ist sie bis zum Jahr 2001 auf 65,2% gesunken. In dieser Entwicklung spiegeln sich vor allem die Folgen der strukturellen Massenarbeitslosigkeit, die Ausdehnung von Arbeitsverträgen jenseits des Normalarbeitsverhältnisses sowie die verteilungspolitische Defensive infolge dieser Verwerfungen auf den Arbeitsmärkten.

Zu fragen ist deshalb nicht nach einer Kostenexplosion, sondern viel mehr nach den Gründen für das Ausbleiben einer solchen, also nach den Gründen für die Konstanz des Anteils der Ausgaben für die GKV am BIP. Dies ist nicht einem einzelnen Rezept oder einem Faktor zuzuschreiben, sondern stellt das Ergebnis vielfältiger staatlicher Steuerungsversuche durch unsystematisches ‚muddling through‘ dar: Rationalisierungen in der Versorgung, aber auch Leistungsausgrenzungen, Direktzahlungen, Budgetierung, moral persuasion, Arzneimittelfestbeträge etc. durch die zahlreichen Kostendämpfungsgesetze der letzten 20 Jahre.

Fazit: Wir haben – insgesamt gesehen - keine Kostenexplosion, sondern eine Einnahme-Erosion.

Verfechter der Kostenexplosion wenden nun ein, die eigentliche Explosion stehe uns erst noch bevor, v.a. wegen zwei Faktoren: (1) demografische Entwicklung und (2) technischer Fortschritt

(1) Die in der Tat im Generationenvergleich überproportional hohen Kosten der Krankenversorgung für die zunehmende Anzahl alter Menschen sind nicht primär

ein Ergebnis der Alterung. Entscheidend für die Kosten ist nicht das kalendarische Alter, sondern die Nähe zum Tod: im letzten Lebensjahr fallen ca. 1/3 der lebenslangen Versorgungskosten an, bei jünger Versterbenden sind sie noch wesentlich höher als bei älteren Menschen.

Auch gibt es den gegenläufigen Trend: wir werden nicht nur älter, sondern - im Durchschnitt, d.h. mit großen sozial bedingten Unterschieden, auf die ich noch sprechen kommen werden - auch immer gesünder älter. Die heute 75jährigen sind im Durchschnitt so gesund bzw. krank, wie es die 65jährigen vor 15 Jahren waren. Diese Entwicklung geht weiter und könnte durch eine politisch kraftvolle Initiative für mehr Prävention und Gesundheitsförderung noch erheblich beschleunigt werden – v.a. für sozial unterprivilegierte Gruppen.

Auch der internationale Vergleich gibt kein Argument her für einen linearen Zusammenhang zwischen der Altersstruktur und den Krankheitskosten: Die Höhe der Ausgaben für die Krankenversorgung streuen in den europäischen Ländern ganz unabhängig von der Altersstruktur der Bevölkerung.

Berechnungen des angesehenen DIW in einem Ende 2001 veröffentlichten Gutachten für das BMWi haben ergeben, dass der demografische Wandel in den letzten drei Jahrzehnten keinen nennenswerten Einfluss auf die Beitragssätze ausgeübt hat. Der SVR ist auf Basis umfangreicher Berechnungen zu dem Ergebnis gelangt, dass die demografiebedingten Kostensteigerungen in der Krankenversorgung zwischen einem halben und einem Prozent pro Jahr liegen. Das ist mehr als nichts, aber es ist gewiss auch kein Grund für einen Systemwechsel oder gar zur Panik.

(2) Der zweite Faktor, der angeblich unabwendbar die Kosten explodieren lässt, ist die medizintechnische Entwicklung. Auch dieser ‚topos‘ der Diskussion hält einer genaueren Überprüfung nicht stand:

Zum einen wird beständig davon ausgegangen, dass der technische Fortschritt zwangsläufig mit Kostensteigerungen verbunden ist. Das ist zwar häufig der Fall, weil neue Technologien in der Medizin allzu häufig add on-Technologien sind, die zusätzlich benutzt werden, ohne ältere Technologien zu ersetzen. Aber wir kennen auch genügend Beispiele, bei denen technische oder pharmakologische Innovationen Kosten sparen. Und wir kennen noch mehr Beispiele, in denen besonders kostspielige Innovationen keine realen Verbesserungen der Versorgung mit sich gebracht haben, wo also ein vernünftiges HTA den kostentreibenden Einsatz verhindert hätte. Und schließlich: In dem bereits erwähnten Gutachten des DIW von 2001 wurde ökonometrisch herausgearbeitet, dass auch der medizintechnische Fortschritt in den letzten drei Jahrzehnten beitragsneutral verarbeitet werden konnte.

Das kann zwar, muss aber nicht so bleiben. Aber auch dieser Faktor gibt bei näherer Betrachtung keinen Grund zu Panik.

Die Diagnose der Kostenexplosion und der diese angeblich bewirkenden Faktoren hat also keine oder kaum eine empirische Basis. Ebenso wenig tauglich sind die meisten Instrumente, die zur Behebung des Problems vorgeschlagen werden, jedenfalls dann, wenn – wie alle Beteiligten nicht müde werden zu beteuern – der Kerngehalt der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos beibehalten werden soll.

Das gilt für die Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen bei Aufrechterhaltung einer solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos: Nach dem bereits zitierten § 12 SGB V haben alle Versicherten Anspruch auf „ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht übersteigende“ Leistungen der Krankenversorgung. Luxusleistungen sind also ohnehin ausgeschlossen. Und auch Versuche, z.B. in den 80er und 90er Jahren in den Niederlanden und Schweden, den Leistungskatalog durchzuforssten und auf das gesundheitlich und medizinisch wirklich Notwendige zu reduzieren, fanden Streichungsmöglichkeiten immer nur in finanziell nicht sehr ergiebigen Randbereichen, z.B. bei Brillengestellen, Arzneimitteln gegen geringfügige Befindensstörungen etc.

Trotzdem finden sich natürlich in der Krankenversorgung erhebliche Einsparpotentiale im Hinblick auf überflüssige oder gar schädliche Leistungen. Diese Verschwendung beruht allerdings regelmäßig nicht darauf, dass generell unwirksame Leistungen in der Versorgung zugelassen sind, sondern darauf, dass Leistungen, Therapien und Arzneimittel für Indikationen oder in einem Umfang eingesetzt werden, der nicht zweckmäßig ist. Damit ist dieses Problem aber eben nicht eines des Leistungskataloges, sondern eines der Leistungssteuerung in der individuellen Arzt-Patientenbeziehung. Infolgedessen ist diese Verschwendung auch nicht durch Abstriche am Leistungskatalog zu unterbinden, sondern nur durch die Verpflichtung der Ärzte und des Medizinsystems auf Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin – also ein Steuerungsproblem.

Als zweites Mittel werden erhöhte Direktzahlungen vorgeschlagen, meist irreführend als ‚Selbstbeteiligungen‘ bezeichnet, als ob die Versicherten sich nicht durch ihre monatlichen Beitragszahlungen dauernd und sehr erheblich an den Kosten selbst beteiligen würden. Nun wissen wir aus einer Fülle von Untersuchungen, dass mit Direktzahlungen zwar die verfügbare Geldmenge im System erhöht werden kann (Finanzierungsfunktion), dass aber Direktzahlungen nur dann das Verhalten der Versicherten und Patienten wirksam steuern, wenn sie sehr hoch sind. Und dann greifen sie primär bei Einkommensschwachen, und zwar mit dem Effekt der Nicht-Inanspruchnahme von notwendigen Leistungen – und damit in einer Richtung, die aus gesundheitspolitischer Systemsicht absolut unerwünscht ist.

Falsche Diagnose – untaugliche Therapien. So lässt sich ein sehr großer Teil der sich beständig wiederholenden gesundheitspolitischen Debatten also überschreiben.

Das lässt sich auch – so meine These – zu der von der Mehrzahl der Akteure in Deutschland nahezu gebetsmühlenartig wiederholten Auffassung sagen, nach der mehr Konkurrenz im System zu besseren Versorgungsergebnissen führen würde. Um das deutlich zu machen, ist ein Blick auf das Steuerungsmodell, das der gesamten GKV zugrunde liegt, erforderlich.

Denn in Deutschland – einem Land mit relativ hohem und stabilem Konsens über die zivilisatorische Notwendigkeit der solidarischen Finanzierung und Verteilung von Gesundheitsgütern – wird zur Behebung unbestreitbarer Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung seit 1992 der Weg beschritten, die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schrittweise aus der Rolle der parafiskalischen Leistungssteuerung in die Rolle wirtschaftlich konkurrierender Wirtschaftssubjekte zu überführen. Setzt diese Tendenz sich fort, werden privatwirtschaftliche Lösungen im Vergleich effizienter sein als das GKV-Modell in seiner heutigen Form, aber ein solcher „Sieg“ der Marktwirtschaft würde gegen ein bereits durch die Fehlanreize aus der Kassenkonkurrenz verstümmeltes GKV-Modell errungen und ginge in jedem Falle auf Kosten der sozialpolitischen Substanz, der ideologisch so unterschiedliche Akteure wie Baron Beveridge (für den NHS) und Fürst Bismarck (für die GKV) Priorität eingeräumt hatten (von der Arbeiterbewegung, progressiven Medizinern und der breiten Mehrheit der Public Health Wissenschaftler ganz zu schweigen).

Dies zu sagen bedeutet nicht, die Entstehung und die Wirkungsweise des GKV-Modells zu idealisieren: Die GKV wurde 1881 in Deutschland bekanntlich nicht primär aus dem Bestreben geschaffen, mehr Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung zu bewirken, sondern sie war das „Zuckerbrot“ zur gleichzeitig eingesetzten „Peitsche“ der Sozialistengesetze. Die GKV ist auch nicht das Produkt eines demokratischen Diskurses, sondern sie wurde von einem autoritären Regime oktroyiert. Gleichwohl: die GKV hat sich zumindest in Deutschland – über alle historischen Stürme und Brüche hinweg - als eines der stabilsten gesellschaftlichen Systeme erwiesen, und sie ist im Kern immer noch hoch modern, wenn man z. B. heutige Maßstäbe aus Verwaltungswissenschaft und Steuerungstheorien anlegt und unter diesem Gesichtswinkel ihr Entwicklungspotential betrachtet.

Dies liegt v. a. an dem ihr zugrunde liegenden, einfachen und robusten Steuerungsmodell, das auf fünf Grundentscheidungen aufbaut:

- Der Staat übernimmt die Verantwortung für die materielle Bewältigung für gesundheitliche und soziale Notlagen, er fungiert gewissermaßen als Ausfallbürge.
- Zugleich entlastet sich der Staat weitgehend von Steuerungs- und Gestaltungsaufgaben in der GKV durch Delegation an die Selbstverwaltung der dafür besonders legitimierten Akteure ‚Kapital‘ und ‚Arbeit‘, die die Aufsicht über die GKV führen.
- Die Beiträge werden nicht nach dem individuellen Risiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (in Form eines festen Prozentsatzes vom Bruttoeinkommen) erhoben (Solidarprinzip), die paritätisch von den Versicherten und vom Arbeitgeber zu zahlen sind. Dadurch entsteht ein dauernder Ausgleich nicht nur zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zwischen arm und reich, jung und alt, Männern und Frauen, singles und großen Familien
- Im direkten Verkehr zwischen Trägern der Krankenversorgung und Patienten soll Geld keine Rolle spielen, auch ist die GKV mit ihrer Nachfragemacht (und nicht der Patient) Vertragspartner der Leistungserbringer und damit auch zuständig für den Leistungskatalog und die Qualitätssicherung (Sachleistungsprinzip).
- Inhalt, Mengen und Preise der Leistungen des Krankenversorgungssystems werden in Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen festgelegt (Gemeinsame Selbstverwaltung). Kommen sie nicht zu einer Einigung, entscheidet der Staat.

Probleme gibt es v.a. im Hinblick auf das fünfte Element des Steuerungsmodells: Der Mechanismus der Aushandlung zwischen den Verbänden hat sich gegenüber neuen Herausforderungen bislang als ziemlich ineffizient erwiesen: v.a. im Bereich der Modellversuche und Strukturverträge zur integrierten Versorgung u. ä. (§§ 63 ff, 73a, 140a ff SGB V) zeigen sich starke Tendenzen der Selbstblockade, bei den Kassen v. a. verursacht durch die Konkurrenz, auf der anderen Seite des Tisches, bei den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) v. a. durch interne Kämpfe zwischen verschiedenen Ärztegruppen um Macht und Geld. Diese Defizite führen dazu, dass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Entwicklungen einer echten hausärztlichen Versorgung oder z.B. der der Integration des Versorgung nicht in Gang kommen.

Aber trotz dieser Defizite, der durch oft nur tagespolitisch motiviertes Herumdoktern produzierten Brüche, Widersprüche und Gefährdungen funktioniert das GKV-

Modell bis heute zumindest noch so, dass eine Reparatur unter günstigen politischen Bedingungen und bei politischem Willen dazu immer noch vorstellbar erscheint.

Solche Reparaturen beziehen einen erheblichen Teil ihrer Komplexität aus dem Umstand, dass die GKV – wie auch die anderen sozialen Sicherungssysteme – im Gefüge hoch differenzierter Gesellschaften gleich mehrere Aufgaben zu erfüllen haben:

- **Gesundheitlich:** Gestaltung und Steuerung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit den gesundheitlich als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen
- **Gesellschaftlich:** Gewährleistung einer gesundheitlich bedarfsgerechten Versorgung für die gesamte Bevölkerung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung.
- **Wirtschaftlich:** Finanzierung und Steuerung der mittlerweile größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung.

Der Wert solcher Reparaturen ist an ihren Ergebnissen zu messen. Diese Ergebnisse lassen sich als Antworten auf drei Leitfragen bestimmen und beurteilen:

1. Sind Qualifikationen, Institutionen und Anreize so beschaffen, dass möglichst jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Teilsystem gelangt? Steuerungsziel: Zugangsrationalität
2. Gewährleisten Qualifikationen, Institutionen und Anreize, dass möglichst jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem eine kontinuierliche, integrierte, auf seine Würde, seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung erfährt? Steuerungsziele: Effektivität, Qualität
3. Werden die als notwendig erachteten Leistungen mit möglichst wenig professioneller Intervention und möglichst kostengünstig erbracht? Steuerungsziele: Effizienz, Finanzierbarkeit

Dass die derzeitigen Systeme der Gesundheitssicherung und Krankenversorgung nur sehr unzureichende Antworten auf diese drei Leitfragen geben können, ist bekannt und Konsens. Und das GKV-System in seiner gegenwärtigen Form schneidet im internationalen Vergleich nicht gut ab: Vergleicht man die Sterblichkeit aufgrund eines Schlaganfalls, eines Diabetes Mellitus, an Darmkrebs oder Brust-

krebs in Deutschland mit ähnlich ausgestatteten EU-Ländern (F, I, Finnland, S, NL), so belegt Deutschland für jede dieser Erkrankungen einen der drei schlechtesten Plätze. In unserem letztjährigen Gutachten hat der SVR für zehn wichtige chronische Erkrankungen, die zusammen ca. 2/3 der Krankheits- und Sterbelast verursachen und für die mehr als ¾ der GKV-Ausgaben aufgewendet werden, jeweils in sehr erheblichem Umfang sowohl Über- wie Unter- als auch Fehlversorgung konstatiert. Das deutsche Gesundheitssystem leistet nicht, was es leisten könnte.

Die Ausgaben für Gesundheit, und das heißt im Wesentlichen für die Krankenversorgung, stehen aber nicht nur mit den gesundheitlichen Ergebnissen in einem allenfalls lockeren Zusammenhang, sondern auch mit der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Versorgung. Dies zeigt eine aktuelle Untersuchung der Prognos AG (2000).

An der Spitze der Zufriedenheit liegen hier mit Dänemark und Finnland mit staatlich organisierter Versorgung, die zugleich knapp durchschnittliche Ausgaben aufweisen. In Deutschland sind die Ausgaben höher und ist die Zufriedenheit geringer. Insgesamt bilden in dieser Betrachtung Länder mit Sozialversicherung das gehobene Mittelfeld. Das Schlusslicht bilden wie üblich die USA als das Leitbeispiel für Marktversagen: hier treffen die höchsten Ausgaben mit der geringsten Zufriedenheit zusammen.

Dies ist zwar ein deutlicher Hinweis auf die Unterlegenheit des Marktes, aber gewiss kein Grund zur Zufriedenheit. Denn im Grunde haben die Gesundheitssysteme aller Typen und Steuerungsformen die beiden entscheidenden Herausforderungen der Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts bislang noch nicht angenommen.

Das ist - erstens - die „epidemiologische Transition“: Nach dem Sieg über die „alten“ Infektionskrankheiten wird das Krankheits- und Sterbe geschehen in reichen Ländern zu über drei Vierteln von wenigen, in der Regel chronisch degenerativen Krankheiten bestimmt, den *big killers* (v. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebse, Unfälle im jüngeren und mittleren Alter) und den *big cripplers* (v. a. degenerative Muskel- und Skelett-Erkrankungen, Diabetes, psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankheiten). Diese haben – mit der Ausnahme der Unfälle – meist eine lange, überwiegend medizinisch symptomlose Latenz und können nach ihrer Manifestation medizinisch meist nur noch gelindert, aber nicht mehr geheilt werden. Auf diesen Wandel hat sich die Krankenversorgung, die einst für die Versorgung von Infektionen, Unfällen und anderen Akutkrankheiten gewachsen ist, bis heute nicht eingestellt. Die vom SVR konstatierte höchst unübersichtliche Mischung aus Unter-, Über- und Fehlversorgung (SVR 2001, Band III) ist im we-

sentlichen der Tatsache geschuldet, dass es ein für die Patienten handhabbares Geflecht aus Versorgungspfaden mit Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Rehabilitation bislang nicht gibt. Wer als chronisch Kranker gut und kontinuierlich versorgt werden will, muss sein eigener case manager sein, oft gegen den Widerstand oder die Ignoranz der Leistungserbringer, und sich zudem im Gestrüpp der rechtlichen Bestimmungen auskennen.

Zudem sind *big killers* und *big cripplers* vor Manifestation in erheblichem Umfang durch zeitgemäße präventive Interventionen, die mit durchdachten Strategien gleichzeitig auf Verhältnisse und Verhalten einwirken, zu verhüten. Würden die heute bekannten und als erfolgreich evaluierten Präventionsmethoden flächendeckend eingesetzt, dann wären schätzungsweise ca. 25 % der heute auftretenden chronischen Erkrankungsfälle zu verhüten (SVR 2001, Band I). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die in Morbidität und Mortalität darstellbaren gesundheitlichen Verbesserungen für Bevölkerungen in reichen Ländern nur zu 10% bis maximal 30 % (bei Frauen 20 % bis 40 %) durch die Verfügbarkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung zu erklären (SVR 2001, Band I) sind, 70 % bis 90 % (bei Frauen 60 % bis 80 %) der Verbesserungen sind das Ergebnis von nicht-medizinischen Faktoren, die Rudolf Virchow schon in der Mitte des 19. Jahrhunderts unter der Formulierung „Bildung mit ihren Töchtern Wohlstand und Freiheit“ zusammengefasst hat.

Damit sind wir bei der – zweiten – zentralen Herausforderung der Gesundheitspolitik: der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen. Auch in reichen Ländern folgt die Verteilung von Erkrankungen und vorzeitigem Tod der sozialen Stufenleiter entlang den Merkmalen Ausbildung, Stellung im Beruf und Einkommen. Als Faustregel gilt: Menschen aus dem – nach diesen Merkmalen – untersten Fünftel der Bevölkerung tragen im Durchschnitt in jedem Lebensalter ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Menschen aus dem ‚obersten‘ Fünftel. Im Ergebnis differiert die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen diesen Schichten um mehr als fünf Jahre, und Menschen aus dem ‚obersten‘ Fünftel leben im Durchschnitt fast zehn Jahre länger ohne dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Weil sich in Deutschland – auch unter rot-grüner Regierung - die Schere zwischen hohem Einkommen und wenig Einkommen, zwischen viel Vermögen und wenig Ersparnissen, zwischen guter Bildung und schlechter Ausbildung kontinuierlich öffnet, nimmt auch die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen weiter zu. Dies ist eine zentrale Herausforderung an die gesamte Gesellschaftspolitik, aber sie enthält eben auch ganz spezielle Aufgaben für die Gesundheitspolitik, v.a. auf dem Gebiet der primären Prävention und der Gesundheitsförderung.

Diese Ungleichheit macht auch noch einmal den zentralen Stellenwert einer solidarischen Mittelaufbringung für die Krankenversorgung deutlich: Menschen mit geringem Einkommen haben im Durchschnitt einen wesentlich höherem Bedarf nach Leistungen der Krankenversorgung.

Mit dem notwendigen Ausbau der Primärprävention, der Anpassung der Krankenversorgung an die Bedürfnisse der chronisch Kranken durch eine entsprechende Steuerung und Qualitätssicherung der Versorgung sowie mit dem Abbau der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind die wesentlichen gesundheitspolitischen Ziele der nächsten Jahre und Jahrzehnte benannt.

Es ist nicht ersichtlich, wie diese Ziele durch eine Verstärkung der Rolle von Markt und Konkurrenz erreicht werden könnten. Im Gegenteil: Stehen die Krankenkassen in Konkurrenz zueinander, müssen sie – anreizgerecht – daran interessiert sein, ihre Risikomischung zu verbessern, also möglichst viele junge, gut gebildete Versicherte in gesicherten beruflichen Positionen zu gewinnen. Mit einer Erhöhung des Anteils von „guten Risiken“, also Versicherten mit ‚positivem Deckungsbeitrag‘, die also mehr Beitragseinnahmen bringen als für ihre Versorgung nötig ist, können die Kassen ihre Position wesentlich wirksamer verbessern als mit mühseligen und oft auch kleinen Schritten zur Verbesserung der Versorgung, deren ökonomischer Ertrag sich zudem meist erst Jahre später einstellt.

Die Fehlsteuerung durch die Kassenkonkurrenz zeigt sich z. B. gegenwärtig in Deutschland daran, wie die Kassen den ihnen mit der ‚Gesundheitsreform 2000‘ erteilten Auftrag der primären Prävention erfüllen: Obgleich das Gesetz bestimmt, dass die Kassen mit Leistungen der primären Prävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erbringen sollen (§ 20 SGB V), bieten sie überwiegend Kursprogramme zu Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Drogen an. Die Wirksamkeit dieser Kurse ist durchweg nicht belegt, bekannt ist aber, dass sie ganz überwiegend von gesundheitlich wenig belasteten Versicherten aus der Mittelschicht in Anspruch genommen und durchgeführt werden. Das erwiesene wirksame Instrumentarium zur primären Prävention (SVR 2001, Band I und III, Rosenbrock 2001), mit dem auch überproportional Menschen aus sozial benachteiligten Lebenslagen ohne Diskriminierung wirksam erreicht werden können, sind partizipativ gestaltete Projekte der Betroffenenaktivierung und Organisationsentwicklung in ‚*settings*‘ (Betrieb, Schule, soziale Brennpunkte etc.) (Baric/Conrad 2000; Trojan/Legewie 2000). An solchen Projekten können die Kassen unter den Bedingungen der Konkurrenz kein ökonomisches Interesse haben, da sie auf diese Weise keine Möglichkeiten der Werbung in ihren Zielgruppen der Mittelschichten haben und sie – im Falle des Erfolges solcher Projekte – möglicherweise Mitglieder mit geringem Beitrag und

hohen Kosten (also mit ‚negativem Deckungsbeitrag‘) gewinnen. Das sind keine guten Anreize, um die gewaltigen und für die Zukunft des Gesundheitswesens entscheidenden Potenziale der Prävention zu mobilisieren.

Auch im Hinblick auf die Versorgung chronisch Kranker steht der Kassenwettbewerb gesundheitswissenschaftlich rationalen Lösungen im Wege. Das mag das folgende Zahlenbeispiel zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus verdeutlichen: Die durch die heute übliche, d. h. diskontinuierliche und desintegrierte Versorgung eines Diabetes-Patienten anfallenden Kosten belaufen sich auf ca. 5.000 Euro pro Jahr. Organisieren die Kassen zusammen mit Allgemein- und Fachärzten, Ernährungsberatern, Patientenschulungen sowie Krankenhäusern eine integrierte und kontinuierliche Versorgung, steigen Behandlungs- und Lebensqualität an, und die Kosten sinken auf unter 4.000 DM pro Jahr. Kassen, die diesen Weg gegangen sind, wurden verstärkt von Diabetes-Patienten gewählt. Da aber auch ein gut versorgter Diabetes-Patient immer noch ein Vielfaches kostet wie eine nicht chronisch kranker Versicherter, erwies sich die integrierte Versorgung als Verlustgeschäft und wurde entsprechend zurückgefahren, zum Schaden der Patienten und unter Inkaufnahme höherer Kosten.

Noch in diesem Jahr sollen nun alle Kassen verbindlich für zunächst vier chronische Krankheiten (Diabetes, koronare Herzkrankheit, Brustkrebs und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) *disease management* Programme in Gang setzen. Ein Teil der dabei zunächst anfallenden Mehrkosten wird ihnen dabei aus Mitteln des Risikostrukturausgleichs erstattet. Damit wird zwar der ‚Verlust‘, der den Kassen durch bessere Versorgung entsteht, reduziert, aber ein positiver Anreiz zur Schaffung integrierter Versorgungsformen ist damit noch nicht in Sicht. Allerdings ein Anreiz, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit möglichst viele Versicherte und Patienten in diese Programme zu integrieren, um in den Genuss der zusätzlichen Mittel aus dem RSA zu kommen.

Das gleiche gilt für besonders ‚teure‘ Patienten: Für ca. 0,5 % der Versicherten müssen pro Jahr mehr als 40.000 DM aufgewendet werden. Diese Patienten ‚verbrauchen‘ damit ca. 20 % aller Krankenversorgungskosten. Nach den neuesten Plänen sollen Kassen für jeden dieser Patienten 60 % der Kosten aus einem von allen Kassen finanzierten ‚Hochrisikopool‘ erhalten, 40 % des Risikos trägt auch weiterhin die Kasse. Auch hier wird also der Anreiz, ‚teure‘ Versicherte durch allerlei informelle Schikanen aus der Kasse herauszudrängen und nach dem Sankt Florians Prinzip der Nachbarkassen zuzuschieben, nicht abgeschafft, sondern allenfalls vermindert. Ohnehin geht die Konzentration der politischen Bemühungen auf die teuersten 0,5% der Versicherten an der Problematik vorbei: 90 % aller Patienten verursachen nur ca. 20 % der Gesamtkosten – die andern 10% verbrauchen 80% der Ressourcen – dies sind im wesentlichen chronisch Kranke und die Opfer schwerer Unfälle, für sie ist der Solidarausgleich da. Ca. die Hälfte der Versicher-

ten verursachen weniger als 50 Euro Kosten pro Jahr, 23 % verursachen mehr als 500 Euro und 2 % mehr als 10.000 Euro. Diese zwei Prozent verursachen ca. die Hälfte der Gesamtausgaben, und das teuerste Prozent allein verbraucht ca. 30% der Ressourcen (Winkelhake et al. 2002). Ein Anreiz, die Versorgung für die chronisch kranken Patienten zu verbessern (und dabei möglicherweise zugleich kostengünstiger zu gestalten), entsteht durch den Hoch-Risiko-Pool jedenfalls nicht.

Die Beispiele, in denen Effizienz und Solidarität auf der einen Seite und die aus dem Kassenwettbewerb resultierenden Imperative auf der anderen Seite in offenem Widerspruch stehen, ließen sich vermehren. Entscheidend für die Zukunft der GKV als Steuerungsmodell ist aber der eingangs skizzierte Dauer-Anreiz für die Kassen, in Zukunft die begehrten Versichertengruppen mit ‚maßgeschneiderten‘ Leistungskatalogen zu umwerben, d. h. aus dem ‚einheitlichen und gemeinsamen‘ Leistungskatalog auszusteigen. Obwohl das Gesetz dem bislang entgegen steht, bemühen sich viele Kassen zumindest informell durch selektiv besseren Service und großzügigere Gewährung von ‚Kann-Leistungen‘ diesem Ziel näher zu kommen (vgl. z. B. FOCUS v. 23. 04.01, S. 280): „Zielgruppenpriorisierung für 20 – 45jährige Versicherte, junge Familien, 13-18jährige Mitversicherte“: diese – so heißt es in internen Kassenpapieren „verdienen eine Besserleistung“.

Es ist wenig hilfreich, sich angesichts solcher Tendenzen über die sozialpolitische Verantwortungslosigkeit der Kassen-Manager zu mokieren: sie handeln in erster Linie anreizgerecht, und diese Anreize hat der Staat in Verkennung seiner bevölkerungsweiten Letztverantwortung für die solidarische Bewältigung von Gesundheitsproblemen gesetzt.

Wer sich lange genug mit den ökonomischen, sozialen und institutionellen Problemen der Steuerung der Krankenversorgung beschäftigt hat, weiß, dass es keinen Königsweg gibt. Der Gesundheitspolitik geht es nicht anders als der Medizin: nahezu jede Therapie hat sowohl erwünschte wie unerwünschte Wirkungen.

Das gilt auch für die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen: Denn zweifellos – erwünschte Wirkungen – hat infolge der Wahlfreiheit der Versicherten die Service-Orientierung der Kassen in den 90er Jahren zugenommen. Das ist schön, aber es verbessert nicht die Qualität der Versorgung. Zweifellos hat die Konkurrenz zwischen den Kassen auch eine energische und dauerhafte Suche nach Möglichkeiten der Verbesserung der eigenen Marktposition ausgelöst. Aber wie wir gesehen habe, gilt diese Suche nicht primär Verbesserungen der Versorgungsqualität und der Integration der Versorgung, sondern der Verbesserung der eigenen Risikostruktur.

Die staatliche Gesundheitspolitik in Deutschland verwendet angesichts dieser Spannungen und Verwerfungen einen immer größer werdenden Teil ihrer Aufmerksamkeit und Energie drauf, die unerwünschten Wirkungen des Kassenwettbewerbs zu verringern. Weil Aufmerksamkeit und Energie knappe Güter sind, bleibt die Bearbeitung der weiter oben skizzierten zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik (SVR 2001, Band I – III) höchst defizitär: Zielorientierung, Prävention, Nutzerkompetenz, Qualitätssicherung und Patientenorientierung

Der Wille aber oder der Mut, das Übel an der Wurzel zu packen und die Kassenkonkurrenz um gute Risiken durch andere, intelligentere Steuerungsformen zu ersetzen, ist derzeit nicht erkennbar (so schon: Deutscher Bundestag 1990, S. 420 f, Ziff. 80 – 82).

Denkbar wäre ja immerhin, den Risikostrukturausgleich so zu gestalten, dass Kassen und Leistungserbringer ein auch ökonomisches Interesse an bedarfsgerechter Versorgung haben. Um dies zu erreichen, müsste der Gesetzgeber den RSA so gestalten, dass finanzielle Anreize für eine Risikoselektion ausgeschlossen werden: Jede Kasse soll im Ergebnis soviel Geld zur Verfügung haben, wie bundesdurchschnittlich zur Versorgung ihrer jeweiligen Risikomischung zur Verfügung steht. Dazu bedarf es sozialepidemiologisch fundierter Kostenprofile, die auch die höheren Erkrankungsrisiken sozial benachteiligter Versicherter berücksichtigen. Ein Schritt in diese Richtung ist vorgesehen, allerdings erst für das Jahr 2007: Dann soll ein ‚morbidityorientierter Risikostrukturausgleich‘ eingeführt werden. Denn bislang gleicht der RSA lediglich die Faktoren Alter, Geschlecht, Einkommen und Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen aus. Von diesem Projekt wäre freilich zweierlei zu fordern (und wird zu fordern sein): 1. dass es schneller kommt, denn es ist höchst ungewiss, ob die GKV die gesundheitspolitisch schädliche Jagd nach guten Risiken noch bis 2007 durchhält, ob ihre sozialpolitische Substanz nicht bis dahin ausgeblutet ist. Und zweitens wird zu fordern sein, dass der RSA im oben genannten Sinne vollständig ist. Die bisherigen Planungsverlautbarungen deuten nicht gerade darauf hin. Wenn die Risikostruktur zwischen den Kassen aber nicht vollständig ausgeglichen wird, wird er das Ziel der Orientierung der Kassen auf Bedarf und Qualität nicht erfüllen.

Für die ‚große Lösung‘, das Leitbild einer regionalisierten Einheitsversicherung mit gesundheits- und organisationswissenschaftlich gestütztem Management und einem Wettbewerb um die besten gesundheitlichen Ergebnissen – also einschließlich der Prävention, ist derzeit keine politisch durchsetzungsmächtige Kraft in Sicht.

Ich habe mich heute auf die staatlich verursachten Fehlanreize auf der Kassenseite konzentriert. Im Hinblick auf die Anreize auf der Seite der Leistungserbringer oder

die Möglichkeiten einer dauerhaften und sozialverträglichen Finanzierung der GKV wäre gewiss nicht weniger zu sagen. Deshalb hier nur eine Warnung vor der Vorstellung, die Qualitätsdefizite und Finanzierungsprobleme der GKV durch selektive Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Leistungserbringern zu überwinden, also die Konkurrenz zwischen den Kassen um die Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern zu ergänze : Das Interesse der Kassen an einer guten Risikomischung könnte auf diesem Wege noch stärker auch in die Kalküle der Leistungserbringer transportiert werden. Kassen und Leistungserbringer könnten dabei ein gleichgerichtetes Interesse daran haben, schwierige und teure Patienten abzuschieben oder schlechter zu behandeln. Insbesondere gesundheitlich und sozial benachteiligte Versicherte sähen sich dann in der Versorgung nur noch Akteuren gegenüber, die an ihrer guten Versorgung jedenfalls kein ökonomisches Interesse habe. Das sieht anders aus, wenn es einen vollständigen Risikostrukturausgleich gibt. An diesem Beispiel kann man auch sehen, dass Reformen nur dann zielführend sein können, wenn sie systemisch angelegt sind, wenn sie also nicht nur auf einen Akteur zielen, sondern die Anreizwirkungen und Rückkopplungen im Gesamtsystem berücksichtigen.

Solche Reformen sind möglich. Sie müssen ohne die ideologischen Scheuklappen von oft geradezu religiös anmutender Marktgläubigkeit angegangen werden. Auch das Zauberwort von der Deregulierung hilft nur sehr begrenzt weiter: Ohne den Staat, der die Anreize setzt und für hohe Qualität einer für alle Hilfesuchenden ohne ökonomische und soziale Diskriminierung offen stehenden Versorgung notfalls auch mit Eingriffen sorgt, ist eine zielführende Reformperspektive nicht möglich.

Wird aber ein solcher Weg beschritten, dann bleibt auch in der Marktwirtschaft die soziale Krankenversicherung überlebensfähig. Und die Marktwirtschaft braucht – das zeigt nicht nur das verheerende Beispiel der USA – eine soziale Krankenversicherung. Denn immer noch gilt der Satz des großen britischen Liberalen Sir Henry Beveridge, dass Marktwirtschaften dann und nur dann funktionieren, wenn die Absicherung von Risiken, die die Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen und seiner Familie übersteigen können, eben gerade nicht über den Markt reguliert wird. Solche zielführenden Reformen laufen dem Zeitgeist zuwider, der die Lösung jedes Problems in der Zauberformel „mehr Markt, mehr Konkurrenz und Deregulierung“ sucht. Es ist deshalb gut und notwendig, dass sich gerade im Wahljahr auch der DGB und die großen Gewerkschaften wieder der Gesundheitspolitik annehmen. Und es macht Mut, dass sich auch wieder einmal eine außerparlamentarische Bewegung wie das attac-Netzwerk mit Kampagnen mit der Stoßrichtung „Gesundheit ist keine Ware“ zu Wort melden.

Literatur beim Verfasser

Der Autor:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler leitet am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) die Arbeitsgruppe Public Health und lehrt Gesundheitspolitik an verschiedenen Universitäten. Seit den siebziger Jahren Forschung, Lehre und Politikberatung v.a. auf den Gebieten GKV-Steuerung, Präventionspolitik (Schwerpunkte: Arbeitswelt und Aids), Verminderung sozial bedingter Ungleichheit. Er ist Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KaiG), im Vorstand des Berliner Zentrums Public Health (BZPH), im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health (DKGW), des Nationalen Aids-Beirates (NAB) etc.

Kontakt:

rosenbrock@medea.wz-berlin.de

[Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik](#)