

Henke, Klaus-Dirk; Rosenbrock, Rolf; Schmeinck, Wolfgang; Dibbern, Günter;
Fuchs, Christoph

Article — Digitized Version

Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Rosenbrock, Rolf; Schmeinck, Wolfgang; Dibbern, Günter; Fuchs, Christoph (1996) : Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 76, Iss. 9, pp. 447-460

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137387>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion über die Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung zeigt, daß sich die Gesetzliche Krankenversicherung an einem Scheideweg befindet. Sollte sich die GKV in Richtung mehr Krankenkassenwettbewerb oder in Richtung Einheitskasse bewegen?

Klaus-Dirk Henke

Die Stärkung des Wettbewerbs ist eine sinnvolle Option

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz haben nach § 173 SGB V alle Mitglieder von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zum 1. 1. 1997 gleichberechtigten Zugang zu allen Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen, deren Zuständigkeit sich auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt. Mitglieder von Betriebs- und Innungskrankenkassen können außerdem zu den Ortskrankenkassen ihres Beschäftigungs- oder Wohnortes wechseln. Damit verlieren die Ersatzkassen ihre bisherige Sonderstellung und die Ortskrankenkassen ihre bisherige Auffangfunktion.

Mit dem § 266 SGB V wird ein dauerhafter, bundesweiter und kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt. Ziel dieses Risikostrukturausgleiches ist es, eine ausgeglichene Beitragsbelastung der Versicherten zu verwirklichen und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen abzubauen. Der Risikostrukturausgleich soll aus konzeptioneller Sicht fairen Wettbewerb unter den Krankenkassenarten ermöglichen. Wirtschaftlich

effiziente Kassen sollen sich am Markt durchsetzen, und nicht die mit einer vergleichsweise günstigen Versichertenstruktur. Ausgeglichen wurden nicht alle denkbaren Risiken, sondern nur sogenannte standardisierte Risikofaktoren. Zu ihnen gehören die Grundlöhne, die Familienlasten und morbiditätsbedingte Faktoren wie Alter, Geschlecht und Invalidität. Mit dem Risikostrukturausgleich soll jede Krankenkasse so gestellt werden, als hätte sie eine durchschnittliche Risikobelastung. Unterschiede im risikobedingten Beitragsbedarf und in der risikobedingten Finanzkraft werden dadurch ausgeglichen, daß die relative Risikobelastung der Kassen gleich ist und Beitragssatzdifferenzen nicht mehr die Folge einer besonderen Risikostruktur der Versicherten sein können.

Wenn auch der Risikostrukturausgleich einen unabdingbar notwendigen Schritt in Richtung mehr Wettbewerb darstellt, erscheint es problematisch, daß er bundesweit und nicht regional angelegt wurde. Angesichts von regionalen Disparitäten in der Gesundheitsversor-

gung und den daraus resultierenden regionalen Beitragssatzdifferenzen ist ein bundesweiter Ausgleich zwar im Dienste einheitlicher Lebensverhältnisse verständlich, seine ökonomische Wirkung jedoch eher wettbewerbsverzerrend. Bundesweiter Ausgleich ist mit den Grundsätzen der fiskalischen Äquivalenz und der damit einhergehenden ökonomischen Steuerungseffizienz nicht zu vereinbaren.

Transformation des Risikostrukturausgleichs

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion hört man mehr über die Transformation des Risikostrukturausgleichs in einen weitergehenden Finanzausgleich unter den Kassen als über neue Wege eines versicherten- und patientenorientierten Kosten-, Leistungs- und Krankheitsmanagements. So fordert die Berliner AOK einen Berlin-Zuschlag, ein Notopfer sozusagen von den anderen Kassenarten oder wenigstens doch eine Stadtstaatenhilfe für die aus der Vergangenheit erwachsenen Nachteile Berlins. Der Bun-

desverband der AOK möchte diese Nachteile nicht noch weiter ausgleichen, sondern weitere Morbiditätselemente in den Risikostrukturausgleich einbeziehen, um damit die Beitragssatznachteile dieser Kassenart auszugleichen.

Wird auf diese Weise tatsächlich mehr Beitragsgerechtigkeit erzielt? Oder geht es doch um die Forderung nach einer regionalen Einheitskasse? Derartige dauerhafte Ausgleichszahlungen gibt es in anderen Zweigen einer sozialen Marktwirtschaft nicht, und es fragt sich, ob Krankenkassen überhaupt Versicherungsunternehmen werden können, wenn sie sich einem solchen umfassenden Pool zuwenden. Wie lange noch, so kann gefragt werden, sind Kassen bereit, große Anteile ihrer Beitragseinnahmen an die Konkurrenz zu überweisen? Derzeit zahlen einzelne gesetzliche Krankenkassen über 50% ihres Beitragsaufkommens an andere konkurrierende Kassen. Anreize zur Wirtschaftlichkeit gehen dadurch verloren. Auf mittlere Sicht ist daher eine Rückführung des Risikostrukturausgleichs vorzusehen.

Bei gegebenem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot ergibt sich mit der beabsichtigten Wahlfreiheit gewissermaßen automatisch eine „Risikoverteilung mit den Füßen“. Mit der durch die Beschlüsse von Lahnstein geschaffenen Grundlage müssen nun Leistungen und Beiträge zu Wettbewerbsparametern werden, wenn man nicht auf halber Strecke stehenbleiben will. Die politische Festlegung einer Senkung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 1997 paßt von daher nicht ins Bild.

Differenzierung nach Leistungen notwendig

Mit der Beitragssatzstabilität als gesetzlich vorgegebener Norm müßten die Kassen bei fixiertem Beitragssatz die Möglichkeit erhalten, das Leistungsspektrum zu differenzieren. Der jetzige Preiswettbewerb bei einheitlichem Produkt

würde durch einen Qualitäts- und Produktwettbewerb bei einem einheitlichen Preis bzw. Beitrag ersetzt. Bei einem solchen Wettbewerb mit fixiertem Beitragssatz müßte der Umfang der gesetzlichen Grundversicherung in einem dynamischen Verfahren, zum Beispiel durch das Versicherungsaufsichtsamt, festgelegt werden. Zum Beispiel könnte sich in dieser Form die zahnmedizinische Versorgung, ähnlich wie in der Schweiz, aus dem Leistungskatalog herausentwickeln.

Der Wettbewerb müßte in diesem System darin bestehen, den vorgegebenen Leistungskatalog möglichst kostengünstig bereitzustellen. Hierzu müßten Kartellstrukturen auf seiten der Anbieter aufgelöst werden, ohne die Leistungsanbieter in die totale Kassenabhängigkeit zu drängen. Die Krankenkassen könnten stärker als bisher mit der Qualität der Leistungen werben, wie es beispielsweise mit den längeren Garantiezeiten bei Füllungen in der zahnmedizinischen Versorgung praktiziert wird. Hierzu gehörte auch ein stärker ergebnisorientiertes Honorierungssystem.

Wenn die Kassen bei den zentralen Handlungsfeldern weiterhin „gemeinsam und einheitlich“ auftreten müssen, gibt es aus Konsumentensicht keine Legitimation für das Festhalten an der Kassenvielfalt. „Auch Kassenvielfalt und individuelles Wahlrecht bleiben letztlich eine Täuschung, weil weder wirkliche Vielfalt noch echte Wahlmöglichkeiten bestehen. Kassen, die in fast allen Fragen fast dieselben Produkt-, Preis-, Kundenpolitik betreiben, können ebensogut auch gleich fusionieren und so Verwaltungskosten sparen“¹.

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 53, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, an der TU Berlin, ist Direktor des Europäischen Zentrums für Staatswissenschaften und Staatspraxis Berlin, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, 51, leitet am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) die Arbeitsgruppe Public Health.

Wolfgang Schmeinck, 49, ist Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen.

Günter Dibbern, 50, ist Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenversicherung AG (DKV) und verantwortlich für das Ressort Versicherungsbetrieb.

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs, 51, ist Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages in Köln.

¹ Vgl. Klaus Jacobs: Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 73. Jg. (1993), H. 11, S. 600.

Experimentierklauseln für eine Gesamtversorgung

Trotz dieser Aussage werden einige Bereiche auch weiterhin auf absehbare Zeit gemeinsam und einheitlich koordiniert. Zu denken ist beispielsweise an die Vergütungen der stationären Versorgung, die Festlegung der Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel sowie der einheitliche Bewertungsmaßstab, der die relative Wertigkeit der notwendigen Leistungen zueinander festlegt. Das Angebotsmonopol der kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen wird in der vorliegenden Form nicht bestehen bleiben müssen, was mittelfristig einen Wettbewerb unter den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten in Gang bringen wird.

Im Zuge eines sich liberalisierenden Vertragsrechts könnte über Experimentierklauseln eine Gesamtversorgung über Gruppenpraxen und Praxiskliniken angestrebt werden, die aus ambulant ärztlicher, verordneter und veranlaßter Leistung in Form von Versorgungsnetzen besteht. Die Praxen wären vertraglich an die Krankenkassen gebunden und stellen die medizinische Versorgung im Rahmen eines Gesamtbudgets sicher. Für die Umsetzung müßte eine Erprobungsregelung gemäß § 63 SGB V erweitert und für die Privatversicherten eine gesetzliche Öffnungsklausel in die Bundes-

ärzterverordnung eingefügt werden. Ziel ist es, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern zu initiieren.

Teilt sich auch zukünftig der Beitragsatz häufig auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber, so stellt lediglich der Arbeitnehmeranteil einen Wettbewerbsparameter dar. Der Arbeitgeberanteil sollte ein konstanter durchschnittlicher Beitrag werden, so daß Arbeitnehmer nicht gezwungen werden können, sich bei einer besonders günstigen Kasse zu versichern. Umgekehrt ist dem Arbeitgeber keine zusätzliche Belastung zuzumuten, wenn sich der Arbeitnehmer für eine „teure“ Kasse entscheidet. Diese Differenzierung würde entfallen können, wenn der Arbeitgeberanteil ausgezahlt wird und die Bruttolöhne und Rentenzahlungen entsprechend erhöht würden.

Im Arbeitgeberanteil sind bisher die Verwaltungskosten, die anteilig auf jeden Versicherten entfallen, mit enthalten. Bei Einführung der Kassenwahlfreiheit sollte der Arbeitgeberanteil konstant gesetzt werden, der zukünftige Wettbewerb würde sich demnach nur auf den „floatenden“ Arbeitnehmeranteil erstrecken. Die Überwälzung der Verwaltungskosten auf den Beitragszahler mit seinen Wahl- bzw. Ausweichmöglichkeiten wird dadurch wesentlich erschwert.

Hiermit ist ein Anreiz für eine weitere sparsame und wirtschaftliche Administration geschaffen.

Zusammenfassend erscheint die Stärkung des Wettbewerbs im Vergleich zu einem Einheitskassensystem als eine sinnvolle Option, um die Effizienz im Krankenversicherungssystem zu erhöhen, die Kosten im Gesundheitssystem zu senken und die Finanzierung auch für die Zukunft sicherzustellen. Da die Kapazität der privaten Krankenversicherung derzeit beschränkt ist und der gesetzlichen Krankenversicherung Zeit gelassen werden muß, sich auf dem Markt einzustellen, ist eine schrittweise Reform in einer sich verändernden Kassenartenlandschaft notwendig. Erprobungsregeln sind für eine zukünftig stärker wettbewerbslich ausgerichtete Vertragsgestaltung unverzichtbar. Nur eine kontrollierte experimentelle Kultur kann Aufschluß darüber geben, ob das Gesundheitswesen einen dauerhaften Kostentreibsatz darstellt, den es politisch zu deckeln gilt. Marktwirtschaftlich ist es, das Gesundheitswesen unter veränderten Bedingungen zu einer personalintensiveren Zukunftsbranche werden zu lassen. Die Vielzahl von Hochtechnologieprodukten, zahlreiche mittelständische Betriebe und selbständige Berufe wären dann die Merkmale eines stetigen sektoralen Strukturwandels.

Rolf Rosenbrock

Die Beziehungen der Krankenkassen untereinander sind ein nachrangiges Problem

Im Hinblick auf überkommene und aktuelle Probleme der Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung ist die Alternative

„Kassenwettbewerb oder Einheitskasse“ ebenso sinnvoll und orientierend wie Alternativen zwischen „Rote Rüben oder Musik“ und

„Freiheit oder Sozialismus“. Ihre derzeitige Popularität verdankt sie der Ideologisierung der Diskussion, in der die eigentliche Aufga-

benstellung der GKV zunehmend aus dem Blickfeld rückt. Geht man die Probleme hingegen von dieser Seite her an – wie es in moderneren Konzepten der Politik- und Organisationsentwicklung eigentlich selbstverständlich sein sollte –, so erweist sich die mit der Alternative aufgeworfene Frage der Gestaltung der Beziehungen der Kassen untereinander als zwar wichtiges, aber nachrangiges Problem.

In dieser Situation erscheint eine Rückbesinnung auf die gesundheitlich, ordnungspolitisch und ökonomisch definierbare Dienstleistungsaufgabe der GKV für die Gesamtgesellschaft vordringlich.

Dreifache Aufgabe der GKV

Gesundheitliches Ziel: Bedarfsgerechte, erreichbare und dauerhafte Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen für die gesamte Bevölkerung.

Ordnungspolitisches Ziel: Beitrag zur gesellschaftlichen Kohärenz durch Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung.

Wirtschaftliches Ziel: Finanzierung, Steuerung und Strukturentwicklung der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung.

Diese dreifache Aufgabe ist – darauf verweisen übereinstimmend historisch und international vergleichende Befunde – weder allein vom Staat noch vom Markt zu lösen. Im Unterschied zu Märkten für andere Güter und Dienstleistungen nämlich läßt sich die Aufgabe nicht durch die Entfaltung des wirtschaftlichen Eigennutzes aller Beteiligten lösen, sondern erfordert eine eigene Versorgungs- und damit Steuerungslogik:

Das Angebot bzw. die Produktion von Gesundheitsgütern soll nicht – wie auf anderen Güter- und Dienstleistungsmärkten – maximiert werden, sondern zweckmäßig und ausreichend sein. Auch sind nicht Innovationen um jeden Preis gefragt, sondern nur solche, die gesundheitlich zweckmäßig sind. Die Verteilung schließlich darf weder direkt (z.B. im Falle von Direktzahlungen) noch indirekt (z.B. über diskriminierende Versichertenklassen) nach kaufkräftiger Nachfrage erfolgen, weil es eine hinreichend orientierende Konsumentensouveränität in der Krankenversorgung nicht gibt und weil gerade zumeist diejenigen den größten Bedarf haben, die über die geringsten Ressourcen verfügen. Der Bedarf muß deshalb durch legitimierte Instanzen objektiviert und mit positiver Diskriminierung für sozial Schwache befriedigt werden. Daraus folgt, daß Entscheidungen über Innovation, Produktion, Versorgungsstruktur, Menge und Preis nicht im Wege individuell konkurrierender Suchprozesse nach dem jeweiligen ökonomischen Nutzenmaximum getroffen werden können, sondern der politischen Steuerung nach aus der Aufgabenstellung folgenden Kriterien zu unterwerfen sind.

Gefahr irreversibler Schäden

Das zur Erfüllung dieser Aufgabe im Laufe von über 110 Jahren in Deutschland geschaffene Grundmodell kombiniert Elemente der staatlichen Steuerung durch Normen, Kontrolle, Anreize und Budgets mit marktlichen Elementen vor allem bei den Leistungsproduzenten und setzt auf die Aushandlung zwischen den Institutionen der GKV und den Kollektiv-Vetretungen der Leistungsproduzenten. Das Modell hat sich trotz all seiner Schwächen und

über alle Stürme der Zeit hinweg als hinreichend robust erwiesen, um diese Aufgabe verlässlich, belastbar, finanzierbar und anpassungsfähig zu lösen. Defizite in der Performance lassen sich heute und in der Vergangenheit durchweg auf ideologisch motivierte bzw. Partikularinteressen bedienende Fehler der Steuerung zurückführen.

In den gegenwärtigen Diskussionen der Neufassung des SGB V dominieren Vorschläge, die vor allem den marktlichen bzw. marktanalogen Wettbewerb stärken wollen und wieder einmal ohne Berücksichtigung der besonderen Aufgabenstellung gesundheitlicher Versorgung von der entwicklungs-, ordnungs- und fortschrittsschaffenden Kraft der ökonomischen Konkurrenz per se ausgehen. Insbesondere die Gesetzgebungsvorschläge der Regierungskoalition würden im Falle ihrer Realisierung durch Veränderungen an allen fünf zentralen Grundelementen der Steuerung der GKV die Funktionsvoraussetzungen des Modells untergraben und damit gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitisch irreversible Schäden produzieren:

□ *Die parafiskalische Aufgabenerfüllung* impliziert öffentliche, durch den Staat wahrgenommene Verantwortung für Rahmenbedingungen und aufgabengerechte Anreize für die Akteure. In dieser Hinsicht wird von Wissenschaft und Praxis seit vielen Jahren, systematisch z.B. in den Berichten der GKV Enquete Kommission des 11. Deutschen Bundestages (1990), staatlicher Handlungsbedarf konstatiert. Das Gegenteil aber geschieht, wenn unter modisch-harmlos klingenden Überschriften wie „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ ein Rückzug aus der staatlichen Regelungskompetenz pro-

pagiert wird, an dessen Stelle sich ökonomische Konkurrenz zwischen Kassen(gruppen) und Produzenten(gruppen) entfalten soll. Denn es kann zwischen Kassen z.B. keinen „solidarischen Wettbewerb“, keinen Wettbewerb „an sich“, und auch keinen Wettbewerb um „den“ Versicherten geben, sondern Konkurrenz zwischen Krankenkassen richtet sich – anreizgemäß – in letzter Instanz immer auf die „guten Risiken“ unter den möglichen Versicherten. Der im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 eingeführte Risikostrukturausgleich nach den Merkmalen Einkommen, Alter, Geschlecht und Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen kann auch im Verbund mit dem Kontrahierungszwang diesen Anreiz nur mildern, nicht aber brechen, wie tägliche Skandalberichte heute schon indizieren.

Bei der seit 1992 gegebenen politischen Grundentscheidung für den Kassenwettbewerb (als notwendigem Komplement der Kassenwahlfreiheit für die Versicherten) kann es derzeit nur darum gehen, die negativen Folgen zu minimieren, d.h., so weit wie möglich zu verhindern, daß Angehörige gesundheits- und sozialpolitisch besonders schutzbedürftiger Gruppen (Arme, Alte, chronisch Kranke, Multimorbide) zunächst als Versicherte und in der Perspektive dann auch als Patienten schlechter behandelt werden als „gute Risiken“. Genau darauf aber laufen die staatlich induzierte Ausprägung der Konkurrenzorientierung der Kassen und die – beschleunigt bei Realisierung des Grundsatzes „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ – in ihrer Logik liegende Auflösung des einheitlichen Leistungskataloges hinaus.

□ Die *Selbstverwaltung durch Kapital und Arbeit* impliziert koopera-

tiv und paritätisch wahrgenommene Verantwortung für gleichmäßig hohe Versorgungsqualität und hinreichende Kostenkontrolle. Sie entlastet den Staat in dieser Hinsicht erheblich und erhöht die Durchsetzungschancen gegenüber Interessengruppen und Versicherten. Dieses fundamentale Prinzip der GKV wird durch Regelungen zerstört, wie sie mit der Finanzierung der Pflegeversicherung begonnen wurden und die im Falle der GKV – z.B. durch Einfrieren des Arbeitgeberanteils – die Versicherten einseitig mit dem Kostenwachstumsrisiko belasten sollen. Neben vielen anderen Argumenten für die gemeinsame Selbstverwaltung der GKV durch Kapital und Arbeit spricht für diese Konstellation die Überlegung, daß das Interesse der Arbeitgeber an niedrigen Lohnnebenkosten ein wohl unverzichtbares politisches Gewicht in den Bemühungen um Qualitätssicherung und Kostenkontrolle in der Krankenversorgung darstellt.

□ Das *Solidarprinzip durch Einkommensbezug* der Beiträge soll bewirken, daß die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nicht von materiellen Erwägungen abhängen soll, die bekanntlich verhaltenssteuernd faktisch nur bei den Beziehern niedriger Einkommen (und damit durchschnittlich höheren Erkrankungsrisiken und größerem Versorgungsbedarf) und dann regelmäßig in einer gesundheitlich nicht vertretbaren Weise wirken. Die Einführung von Tarifen mit unterschiedlichem Direktzahlungsanteil (in der Perspektive: mit gekürztem Leistungskatalog) provoziert bei ärmeren Versicherten Unterversicherung, damit finanzielle Überforderung sowie Nichtnutzung der Versorgungschancen im Krankheitsfall, und sie untergräbt den Solidarausgleich. In die gleiche Richtung

wirkt Beitragsrückerstattung, die zusätzlich noch die für Solidarausgleich zur Verfügung stehende Finanzmasse zugunsten der Jungen, Gesunden und Ledigen verringert. Und Selbstbeteiligung ist – wenigstens dies sollte aus den Debatten der vergangenen Jahre gelernt worden sein – kein sinnvolles Instrument der Verhaltenssteuerung, sondern lediglich ein Mittel, mit dem die Verteilungsmasse für Versorgungsleistungen ohne Beitragserhöhungen und ohne Solidarausgleich vergrößert werden kann.

□ Die *Abwesenheit direkter Geldbeziehungen* zwischen Versicherten und Leistungsproduzenten durch das *Sachleistungsprinzip* ist eine zivilisatorische Errungenschaft des deutschen GKV-Modells. Das Sachleistungsprinzip konzentriert die Aufmerksamkeit beim Versorgungsgeschehen auf den Inhalt desselben und beugt sachfremden positiven wie negativen Fehlanreizen bei der Inanspruchnahme und im Versorgungsprozeß vor. Wenn vor diesem Hintergrund gesetzlich die Ausweitung von Kostenerstattungen vorgeschlagen wird, hat dies entweder empirieblinde ideologische Gründe, oder es soll die Differenz zwischen GKV und PKV ohne Not verringert werden.

□ Die *Aushandlung von Leistungen und Preisen der Versorgung zwischen den Vertragspartnern unter Aufsicht des Staates* soll Interesseneinbringung, Interessenausgleich sowie Kompromißzwang und Versorgungsgerechtigkeit bewirken. In den Jahren bis 1992 wurden positive Wirkungen dieser Konfiguration oft und weitgehend durch den von den Leistungsproduzenten in ihrem Interesse genutzten Aufschaukelungswettbewerb zwischen den Kassen aufgezehrt. Die Erfahrungen der Jahre seit dem GSG haben gezeigt, daß

reinigende Wirkungen im Hinblick auf überflüssige Leistungen und überhöhte Vergütungen unter den Bedingungen erstens der Budgetierung und zweitens der einheitlichen und gemeinsamen Verhandlungsführung der Kassen zu erzielen sind. Beides soll nun wieder unter der Parole „Konkurrenz belebt das Geschäft“ abgeschafft werden.

Systemwechsel ohne Leitbild

Fazit: Zahlreiche Vorschläge zur nächsten Reform des SGB V zielen auf einen grundsätzlichen Systemwechsel ab, ohne dies klar zu benennen und ohne ein alternatives Modell explizit auszuweisen. Das Leitbild kann man nur erraten, weil es von den Urhebern nicht expliziert wird. Wenn man aber die Tendenzen mit historischen und internationalen Erfahrungen abschätzt, kommt ein teures, übermäßig technisiertes, patientenfeindlich unübersichtliches, regional ungleichmäßig verfügbares, versorgungsfeindlich bürokratisches Gebilde heraus, in dem die Bedürftigsten am schlechtesten behandelt werden.

Reale und realistische Perspek-

tiven der Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung durch die GKV liegen demnach auch nicht primär in der Frage der Kassenkonkurrenz, sondern in der Weiterentwicklung der (sich ohnehin zügig modernisierenden) Kassen in Richtung auf gemeinwirtschaftliche Dienstleistungsunternehmen neuen Typs für Gesundheitssicherung (also einschließlich der Prävention und Gesundheitsförderung). Dazu gehört eine Regionalisierung nach Versorgungsräumen, in denen die Kassen mit ebenfalls regionalisiert sowie versorgungs-, verantwortungs- und interessengerecht organisierten Leistungsproduzenten unter staatlicher Aufsicht die notwendige Modernisierung der Versorgung und ihrer Steuerung betreiben können.

Einschlägige Erfahrungen und Modelle liefern die international ablaufenden Entwicklungen zum New Public Management. Die übrigen geeigneten Steuerungsinstrumente können mittlerweile wie eine Litanei aufgesagt werden, weil ihre Zweckmäßigkeit seit Jahren bekannt ist und ihre Umsetzung ebenso seit Jahren an der Hegemonie von Deregulierungs-

ideologien und politisch-ökonomischen Vetopositionen scheitert. Bei diesen Steuerungsinstrumenten handelt es sich um die Förderung und gegebenenfalls Erzwingung kooperativer, d.h. berufsgruppen- und institutionenübergreifender Versorgungsnetze, den Risikostrukturausgleich mit positiver Diskriminierung für Versicherte aus überdurchschnittlich krankheitsanfälligen Gruppen, die Durchforstung des Leistungskatalogs auf Leistungen ohne entsprechenden Nutzen, die Beeinflussung des Ordnungsverhaltens durch Qualitätssicherung und flankierende materielle Anreize sowie eine dauerhafte Budgetierung.

Wenn die Institutionen der GKV in dieser Weise angeregt und in den Stand versetzt werden, beständig und selbstlernend einen, den jeweiligen Kenntnissen entsprechenden Stand der Gesundheitsförderung und patientenorientierten Versorgung zu möglichst geringen Kosten anzustreben, ist es zweitrangig, wo genau sie im weiten Möglichkeitsraum zwischen parafiskalischer Leistungsverwaltung und konkurrierenden Marktsubjekten anzusiedeln sind.

Wolfgang Schmeinck

Wettbewerb als Ordnungsprinzip für eine leistungsfähige Krankenversicherung

Eine gesetzliche Krankenversicherung in Form einer Einheitskasse steht weder aktuell noch mittelfristig zur Diskussion. Ganz im Gegenteil – mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit und des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs zur Sicherung gleicher Ausgangsbedingungen ist Wettbewerb zum zentralen

Ordnungsprinzip der GKV erhoben worden. Dabei ist Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung, die Versicherten und Patienten gleichermaßen zugute kommen soll. Vor diesem Hintergrund hat sich der Wettbewerb um Versicherte und

Marktanteile bereits jetzt erheblich intensiviert und wird noch weiter zunehmen. Wettbewerb lebt von Vielfalt, Kreativität und Innovation. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die gegenwärtigen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) diese Qualitäten überhaupt zulassen oder gar fördern bzw. ob

aktuelle sozialpolitische Reformvorschläge den Wettbewerb wieder einschränken.

Gewaltige Herausforderungen für die GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor gewaltigen Herausforderungen: die demographisch bedingte Altersstrukturverschiebung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Morbiditätsentwicklung in Richtung chronisch-degenerative Erkrankungen. Diese Faktoren sind insgesamt ausgabensteigernd und gefährden mittel- und langfristig das Ziel der Beitragssatzstabilität. Damit verbunden ist die Gefahr zunehmender Interventionen des Gesetzgebers mit dem Ergebnis, daß immer tiefere Einschnitte in das Leistungsangebot vorgenommen und höhere Selbstbeteiligungen der Versicherten beschlossen werden.

Sollen derartige Formen der Rationierung weitgehend vermieden werden, müssen die zweifellos in der GKV bestehenden Rationalisierungspotentiale erschlossen werden, indem Unwirtschaftlichkeiten und Überkapazitäten abgebaut werden. Dies kann nur durch einen funktionsfähigen Wettbewerb gelingen. Die vielfältigen Fehlallokationen in der Gesundheitsversorgung sind ein klarer Beleg für das bislang völlig unterentwickelte Selbststeuerungspotential der GKV, die immer darauf angewiesen war, daß sich der Gesetzgeber dieser Probleme annehmen würde. Die Erfolgsaussichten dieses „Steuerungsmechanismus“ waren und sind, wegen der eingeschränkten Strategie- und Handlungsfähigkeit des Gesetzgebers aufgrund interner Interessenkonflikte, stets von vornherein begrenzt.

Auch alle „Einheitslösungen“

können an diesen Aufgaben nur scheitern, und zwar zum Schaden aller, nämlich

- der Patienten, die Einschränkungen in ihren Wahlmöglichkeiten hinnehmen und sich mit dem zufrieden geben müssen, was angeboten wird;
- der Versicherten, weil Monopole die unangenehme Eigenschaft besitzen, daß sie mit teuren und unwirtschaftlichen Lösungen den Beitragssatz ohne entsprechende Gegenleistung hochtreiben;
- der Leistungsanbieter, und zwar insbesondere der qualitätsorientierten Leistungsanbieter, weil sie im Besitzstandskartell störend wirken und bei Einheitslösungen leicht ausgegrenzt werden;
- der Selbstverwaltung, weil deren Gestaltungsspielräume abgebaut werden;
- der Politik selbst, weil mangelnde Fähigkeit zur Problemlösung weiteren Interventionsbedarf und Reformdruck erzeugt.

Damit sollte klar sein, daß eine „Einheitsversicherung“ als institutionelle Ausgestaltung der GKV aus Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgründen jedem Wettbewerbsmodell unterlegen sein muß. Zu fragen ist allerdings, ob nicht die gegenwärtigen Wettbewerbsbedingungen – zumindest de facto – einem Einheitsversicherungsmodell in manchen Zügen noch ähnlicher sind als einem Wettbewerbsmodell.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat auf der Versicherungsseite eine Wettbewerbsordnung geschaffen, indem die Versicherten umfassende Wahlrechte erhalten. Die Kassen konkurrieren, ohne daß das Ziel einer solidarischen Finanzierung der GKV in Frage gestellt würde. Gleichwohl setzt der Wettbewerb zum Nutzen der

Versicherten neue Antriebskräfte frei. Dabei hat es mit einem funktionsfähigen Wettbewerb noch nicht allzuviel zu tun, wenn die Krankenkassen vor dem Hintergrund nahezu identischer Angebote in ihrer Funktion als Finanziers von medizinischen Leistungen konkurrieren. Wettbewerb in der GKV darf sich nicht nur auf die Versicherungsseite beschränken, sondern muß auch dort stattfinden, wo die Leistungsausgaben tatsächlich entstehen. Hier ist die Wettbewerbsintensität immer noch gering und gekennzeichnet durch korporatistische Verhaltensweisen, weitgehendes Werbeverbot, Marktzutrittsbeschränkungen, berufsrechtliche Verbote der Zusammenarbeit und kartellierte Preisbildung. Daher kann Wettbewerb auf der Versicherungsseite bei gleichzeitig bestehender Monopolisierung auf der Leistungserbringenseite letztlich nur in einen preistreibenden Wettbewerb münden. Eine spürbare Lockerung der überkommenen Kollektivstrukturen auf der Anbieterseite ist eine Grundvoraussetzung für einen funktionsfähigen, d.h. effizienz- und qualitätssteigernden Wettbewerb in der GKV.

Sinnvolle Gestaltungsparameter erforderlich

Kennzeichnendes Element von Wettbewerb ist eine Vielfalt des Angebots, damit unterschiedlichen Präferenzen der Nachfrager Rechnung getragen werden kann. Den Krankenkassen fehlen allerdings (neben ihrem Service) noch Möglichkeiten, sich mit ihren Leistungen voneinander abzugrenzen bzw. sich in bestimmten Leistungsangeboten von ihren Konkurrenten zu unterscheiden. Dies ergibt sich insbesondere durch vielfältige Zwänge zu einheitlichen und gemeinsamen Regelungen im Vertragsbereich. Neben dem vom

Gesetzgeber festgelegten Leistungskatalog sollten Wahlentscheidungen über zusätzliche Leistungen den einzelnen Versicherten vorbehalten bleiben. Diese sollten unter den konkurrierenden Krankenkassen diejenige wählen können, deren Leistungsangebot ihren Bedürfnissen am besten entspricht.

Gerade in der Bereitstellung unterschiedlich akzentuierter Angebote und der vertraglichen Organisation der Leistungserbringung liegt der Nutzen der gegliederten Krankenversicherung. Ein nachfrage- und bedarfsgerechtes Angebot wird durch individuelle Entscheidungen zweifellos eher erhöht als durch kollektive Entscheidungen.

Wird den Krankenkassen eine Palette von geeigneten Wettbewerbsparametern vorenthalten, läuft der Wettbewerb faktisch an den eigentlichen Zielvorstellungen vorbei, der sozialpolitische Wahlspruch „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ degeneriert zur Leerformel. Das Beispiel der Gesundheitsförderung erhält quasi Lehrbuchcharakter: Man mußte kein Prophet sein, um voraussagen zu können, daß neben dem Löwenanteil sinnvoller und an langfristig wirksamer Krankheitskostenvermeidung ausgerichteter Maßnahmen (insbesondere im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung) – mangels fehlender Wettbewerbsparameter der Kassen – zwar durchaus attraktive, gesundheitspolitisch jedoch zweifelhafte Angebote (z.B. Bauchtanz, Partnerschaftsmassage) zustande kommen würden.

Die Abschaffung der gesamten Gesundheitsförderung inklusive aller mittelfristig ausgabenenkender Maßnahmen (z.B. Rückenschule) ist jedoch ein politischer Schnellschuß, der langfristig sein

Ziel verfehlen muß. Neben den beschriebenen Faktoren, die einen auf Versicherten-/bzw. Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ausgerichteten Wettbewerb (noch) verhindern, gibt es auch Bedingungen, die den bereits jetzt stattfindende Kassenwettbewerb in seinen positiven Auswirkungen gefährden können.

Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs

Es ist eine alte Erfahrung, daß die Einführung von Transferzahlungen zugunsten einer Gruppe auf Kosten einer anderen Gruppe immer weitere Begehrlichkeiten weckt. Das in der Wirtschaft unter dem Begriff „rent seeking“ bekannte Phänomen, daß die Anstrengungen der Subventionsempfänger von den eigentlichen Aufgaben auf den Erhalt weiterer Zahlungen umgelenkt werden, ist auch in der GKV zu beobachten. Dies findet seinen Ausdruck in der Forderung nach einer „Verfeinerung“ des Risikostrukturausgleichs, wobei dem Einfallsreichtum bei der Aufdeckung weiterer Ausgleichsfaktoren keine Grenzen gesetzt sind.

Der Grund hierfür liegt möglicherweise in einer falschen Interpretation des Begriffs der „solidarischen Wettbewerbsordnung“. Richtig ist, daß mit dem Risikostrukturausgleich faire Ausgangsbedingungen für alle Kassenarten im Wettbewerb geschaffen werden sollten, nachdem der Gesetzgeber über Jahre hinweg große Gruppen der Bevölkerung zwangsweise bestimmten Krankenkassen zugewiesen hatte. Weil man aus den negativen Erfahrungen mit dem ausgabenorientierten Risikostrukturausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) gelernt hatte, wurde der

Risikostrukturausgleich überwiegend einnahmeorientiert ausgestaltet. Dies soll auch so bleiben. Jede weitere Ausweitung des Risikostrukturausgleichs um zusätzliche Ausgleichsfaktoren würde auf einen allgemeinen Finanzausgleich hinauslaufen, der ausgabentreibend und damit kontraproduktiv wäre. Statt dessen sollten sich die Bemühungen darauf konzentrieren, die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu stabilisieren, damit die Krankenkassen verlässlich Haushalt und Beitragssatz kalkulieren können.

Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte und Marktanteile ist um so wirksamer, je deutlicher sich die unterschiedliche Leistungsfähigkeit von Kassen in ihren Beitragssätzen widerspiegelt und je deutlicher diese Preisunterschiede für die Versicherten spürbar sind. Sinn und Zweck des Wettbewerbs ist, daß die Versicherten selbst durch „Abstimmung mit den Füßen“ von ihren Wahlrechten Gebrauch machen. Diese Entscheidungen sollen nicht dem unmittelbaren Einfluß des Arbeitgebers unterliegen. Eine Modifizierung des Arbeitgeberbeitrags wird demzufolge in der Regel unter dem Aspekt der Neutralisierung des Arbeitgeberinflusses auf die Wahlentscheidungen der Versicherten sowie der Förderung des Beitragssatzwettbewerbs diskutiert.

Ein neuerer Vorschlag des AOK-Bundesverbandes läuft darauf hinaus, für alle Arbeitgeber einen einheitlichen Beitragssatz in Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes aller Krankenkassen zu erheben. Damit würde bzw. müßte man sich vom gegenwärtigen paritätischen Selbstverwaltungsmodell verabschieden: Die Arbeitgeber hätten keinen Anreiz mehr, sich im Rahmen der Selbstverwal-

tung für eine wirtschaftliche medizinische Versorgung zu engagieren. Der Arbeitgeberbeitrag hätte den Charakter einer Zwangssteuer. Unter dem Aspekt der Verdeutlichung von Beitragssatzunterschieden für die Versicherten hätte dieser Vorschlag für sich betrachtet noch einen positiven Effekt: Für die Versicherten von Krankenkassen mit einem Beitragssatz, der unterhalb des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes liegt, würde sich der von ihnen noch zu entrichtende Arbeitnehmerbeitrag verringern.

Wer allerdings gedacht hat, daß der Vorschlag des AOK-Bundesverbandes hier enden würde, der sieht sich getäuscht: Statt die sich ergebenden Beitragsvorteile den Versicherten zugute kommen zu lassen, sollen alle Beitragseinnahmen gesammelt und auf alle einzelnen Krankenkassen, entsprechend der jeweiligen Beitragssätze, verteilt werden. Im Endeffekt soll mit dieser Lösung ein weiterer GKV-Finanzausgleich geschaffen werden. Die Zielsetzung folgt der

Logik der Forderung nach einer Verfeinerung des Risikostrukturausgleich: Das Verteilungsvolumen soll möglichst groß, die Beitragssatzunterschiede sollen möglichst minimiert werden. Wer dies befürwortet, leistet einen weiteren Beitrag zu einer De-facto-Einheitsversicherung. Wenn schon eine weitgehende Neutralisierung des Arbeitgebereinflusses bei der Kassenwahlentscheidung der Versicherten angestrebt wird, so müssen gleichzeitig Fehlanreize für die Arbeitgeber in bezug auf ihre Funktion in der Selbstverwaltung vermieden werden. Dies kann zum Beispiel durch eine Neuregelung geschehen, die vorsieht, daß der Arbeitgeber den kassenindividuellen Beitragssatz, höchstens aber den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz zahlt.

Betrachtet man zusammenfassend die GKV unter Wettbewerbsgesichtspunkten, so ist die Situation höchst ambivalent zu beurteilen: Auf der einen Seite fehlen immer noch entscheidende Gestaltungsfreiräume für die Kran-

kenkassen und damit wesentliche Grundvoraussetzungen für einen sinnvollen Kassenwettbewerb, der sich auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung konzentriert. Auf der anderen Seite sind bereits Tendenzen sichtbar, die das Ziel haben, den gerade gestarteten Wettbewerb in seiner Funktionsweise zu beeinträchtigen. Mit den zu Jahresbeginn von Koalition und Opposition vorgelegten Gesetzentwürfen sind wichtige und durchaus kombinierbare Vorschläge zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere im Vertragsbereich) gemacht worden. Diese gilt es jetzt, trotz aller politischen Opportunitäten, im Sinne einer gemeinsamen Problemlösung auch umzusetzen. In Zeiten, in denen viel von Wettbewerbsfähigkeit und Standortfaktoren gesprochen wird, sollte noch einmal in Erinnerung gerufen werden, was der Kronberger Kreis vor einigen Jahren zu diesem Thema gesagt hat: Politischer Reformwille und Reformfähigkeit sind auch ein bedeutender Standortfaktor.

Günter Dibbern

Gleiche Chancen für die zukunftssichere private Alternative

Trotz gründlicher Vorbereitung ist es der Regierungskoalition bisher nicht gelungen, die 3. Stufe der Gesundheitsreform über die parlamentarischen Hürden zu bringen. Unstrittig ist bei allen Fraktionen des deutschen Bundestages gleichwohl ihre Notwendigkeit: Wenn die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch zukünftig ihrer Aufgabe, der medizinisch ausreichenden Versorgung ihrer Versicherten, gerecht werden will, muß dieses Sicherungssystem

weiterentwickelt, mithin verändert werden. Richtungweisend muß dabei der Grundsatz sein, daß die Absicherung im Rahmen der GKV nur subsidiären Charakter haben kann. Das heißt zum einen: Nur die Personenkreise, denen eine eigenverantwortliche Vorsorge nicht zugemutet werden kann, sollten in der GKV pflichtversichert sein. Zum zweiten bedeutet es: Die Leistungen der GKV müssen auf das medizinisch Notwendige beschränkt sein. Leistungen, die dem

Bereich der eigenverantwortlichen Vorsorge des einzelnen zuzurechnen sind, gehören nicht in den Leistungskatalog der GKV.

Krankenkassen im Wettbewerb

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen seit dem 1. Januar 1996 – mit der Einführung der Wahlfreiheit zunächst für alle freiwilligen Mitglieder – im Wettbewerb um ihre Versicherten. Eine möglichst effiziente Realisierung von Beitragssatzstabilität bei

gleichzeitig möglichst hoher Versorgungsqualität wird zukünftig die „Unternehmensziele“ der Kassen bestimmen. Dieser Wettbewerb in der GKV ist zwar sicher sinnvoll, bedenkenlos umsetzbar ist er allerdings nur innerhalb bestimmter Grenzen. Diese Grenzen sind dort überschritten, wo die GKV das Terrain der Sozialversicherung verläßt.

Problematisch erscheint die Wettbewerbsphilosophie aber bereits dann, wenn man sich vor Augen führt, daß die Kassen – nicht zuletzt auch ausgelöst durch ein hohes Anspruchsniveau der Versicherten – dazu neigen, Wettbewerb vornehmlich als Leistungswettbewerb auszutragen, was aber unweigerlich zu insgesamt steigenden Beiträgen führen muß. An einem festgeschriebenen Leistungskatalog sollte deshalb nicht gerüttelt werden. Ein aktuelles Beispiel für mögliche Auswüchse ist der in den letzten Monaten deutlich gewordene ausufernde Wettbewerb mit teilweise abenteuerlich anmutenden Präventionsangeboten. Um nicht galoppierende Beitragssätze allein durch teure Präventionsangebote (und ebenso teure Werbung dafür!) zu riskieren, sah sich Bundesgesundheitsminister Seehofer zum Eingreifen genötigt.

Die Kassen selbst sehen diese Problematik naturgemäß am allerdeutlichsten und versuchen deshalb, sich neue Wettbewerbsfelder zu erschließen. Vor allem dadurch dürfte die Forderung zu begründen sein, den Kassen das Angebot von Zusatzleistungen – sogenannten Gestaltungsleistungen – über ihr gesetzlich festgelegtes Leistungsspektrum hinaus zu gestatten. Bei Licht betrachtet stellt sich allerdings schnell heraus, daß ein solches Angebot bei gleichzeitiger Wahlfreiheit für alle Versicherten

höchst unerwünschte Konsequenzen hätte: Es würde zu einem ungebremsten „Leistungstourismus“ führen, womit die Funktion der GKV letztlich ad absurdum geführt würde. Das Ergebnis wäre eine „Brillenkasse“, eine „Zahnkasse“ oder eine „Auslandsreisekasse“. Je nach individuellem Bedarf könnte der Versicherte in die Kasse wechseln, die gerade das passende Angebot hätte – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Ausgaben, die wiederum von allen Versicherten finanziert werden müßten. Als Folge hiervon würde das System nur teurer und keineswegs schlanker.

Wettbewerb zwischen GKV und PKV

In die gleiche Richtung, nur sehr viel weitgehender, weist der Versuch der Kassen, bei eingeschränkten Grundleistungen der GKV in Eigenregie Zusatzleistungen anbieten zu dürfen, die dann nicht solidarisch finanziert werden würden. Hiermit allerdings wäre die eingangs erwähnte Grenze, bis zu der es Wettbewerb geben darf, deutlich überschritten; die GKV würde klassische Bereiche der Privaten Krankenversicherung (PKV) betreten. Abgesehen davon, daß ein solches Eindringen in eine PKV-Domäne systematisch und auch ordnungspolitisch in keiner Weise zu begründen wäre, müßte fast zwangsläufig mit deutlichen Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der GKV gerechnet werden. Es wäre naheliegend und wohl nicht zu verhindern, daß die Beiträge für GKV-Zusatzversicherungen durch Subventionierung aus dem Bereich der solidarisch finanzierten Leistungen künstlich niedrig gehalten würden. Das wäre aus Sicht derjenigen, die keine Zusatzversicherung haben, nicht zu vertreten – und gegenüber der

PKV ein erheblicher Wettbewerbsvorteil.

Hinzu käme – und das ist sehr viel kritischer –, daß die GKV leichtes Spiel hätte, aufgrund ihres durch den Staat zugewiesenen und nicht durch Marktbearbeitung erworbenen gigantischen Adressenpotentials den weitaus größten Teil der Interessenten in den eigenen Reihen zu behalten. Damit wäre einem fairen Wettbewerb zwischen den Systemen jeglicher Boden entzogen.

Mit vergleichbarer Zielsetzung wird seit geraumer Zeit und mit schöner Regelmäßigkeit von der GKV die Forderung wiederholt, die Versicherungspflichtgrenze heraufzusetzen, z.B. auf das Niveau der Grenze für die Rentenversicherung. Damit würden alle diejenigen, die mit ihrem Einkommen zwischen den beiden Grenzen liegen, zwangsweise der GKV einverleibt – und das obwohl heute bereits rund 90% der Bevölkerung in der GKV versichert sind. Angesichts der Tatsache, daß es sich hierbei nicht ausschließlich um Schutzbedürftige im Sinne des Subsidiaritätsprinzips handeln dürfte, wäre es wohl eher angebracht, über eine Senkung der Versicherungspflichtgrenze nachzudenken. Denn es ist überhaupt nicht einsichtig, daß immer wieder Versuche unternommen werden, die personenmäßige Abgrenzung zwischen den Systemen als Instrument zu mißbrauchen, um Finanzlöcher in der GKV zu schließen.

Statt dessen wäre es angebracht, auch der jüngeren Generation generell die Möglichkeit zu eröffnen, sich zwischen den Systemen zu entscheiden. So ist z.B. einem Schulabgänger mit nahezu zwanzigjähriger Erfahrung als Privatpatient weder persönlich noch gesellschaftspolitisch zu vermitteln, warum er nach der Berufs-

wahl zwangsweise in ein Pflichtsystem wechseln muß, das er nie kennengelernt und nie gewollt hat. Hier sollte die Politik nach liberalen Lösungen suchen. Die PKV ist jederzeit bereit, sie dabei zu unterstützen.

Unverständliche Ungleichbehandlung

Ganz konkret wird im Augenblick diskutiert, mit der 3. Stufe der Gesundheitsreform den Kassen die Möglichkeit einzuräumen, neue Modellvorhaben zu erproben. Damit sollen der GKV weitreichende Gestaltungsspielräume im Verhältnis zu den Leistungserbringern eröffnet werden, bis hin zur Aushandlung von Preisen für medizinische Leistungen. Auch insoweit wären die von der Politik der GKV zugewiesenen Personenkreise ein bedeutsamer Größen- und Markt- bzw. Einkaufsmachtvorteil dieses Systems der mittelbaren Staatsverwaltung. Den Kassen würde damit ein neuer, sehr bedeutsamer Wettbewerbsparameter an die Hand gegeben, der zu erheblichen Verwerfungen im Wettbewerb mit der PKV führen würde. Ein Antrag im Gesundheitsausschuß, der Modellversuche auch für die PKV vorsah, ist dagegen vor der parlamentarischen Sommerpause von der Koalition zurückgezogen worden.

Diese Ungleichbehandlung ist erst jüngst von der „Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der PKV im Alter“ deutlich mißbilligt worden. Die Kommission schlägt vor, in die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte eine „Subsidiaritätsregel“ aufzunehmen, wonach diese Gebührenordnungen nur dann gelten sollen, wenn zwischen Leistungserbringer und Versicherer nichts anderes vereinbart wurde.

Analog ist eine solche Regelung auch im Krankenhausbereich notwendig. Damit würde auch die PKV in die Lage versetzt, erwähnte Modellvorhaben im Bereich von „Managed Care“ zu realisieren. Dabei geht es darum, durch Aufnahme direkter vertraglicher Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern, letztlich also durch eine Koordination der Interessen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu optimieren und gleichzeitig die Kosten bereits bei der Entstehung zu beeinflussen. Alle Beteiligten sollten sich darüber im klaren sein, daß dies der einzig erfolgversprechende Weg ist, um die explodierenden Kosten langfristig in den Griff zu bekommen. Wenn dieser Weg politisch gewollt für die GKV geöffnet wird, muß er in jedem Fall auch von der PKV beschritten werden können.

Was bei einer ungleichen Behandlung von GKV und PKV im Bereich der Modellversuche zu erwarten wäre, hat bereits die Vergangenheit eindrucksvoll gezeigt. Die PKV hat zur Zeit kaum Einflußmöglichkeiten auf die Preisgestaltung der Leistungserbringer. Die Schere der Preisdifferenzierungen zwischen GKV und PKV würde – angesichts der Einkaufsmacht der GKV – größer werden und das begründbare und erträgliche Maß überschreiten. Auch mit diesem Problemkreis hat sich die Expertenkommission intensiv befaßt und die Bundesregierung in diesem Zusammenhang aufgerufen, ihrer Verantwortung für die PKV nachzukommen.

Subventionen zu Lasten der PKV

Im einzelnen geht es hierbei um Subventionsleistungen, die die PKV-Versicherten direkt zugunsten der GKV erbringen und um Bemü-

hungen von Leistungserbringern, Einkommenseinbußen, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in der GKV entstanden sind, bei Privatversicherten auszugleichen. Als Beispiele hierfür nennt die Kommission unter anderem den Bereich der Arzneimittel, die wahlärztlichen Leistungen und die Chefarztabgabe, die Unterkunftszuschläge für Ein- und Zweibettzimmer sowie die Material- und Laborkosten beim Zahnersatz.

Allein für die Arzthonorare in Krankenhäusern betragen z. B. die Ausgaben der PKV 3,2 Mrd. DM, was einem Anteil von rund 43% an den gesamten Krankenhausaussgaben der PKV entspricht. Hiervon haben die Chefärzte in zunehmender Höhe Abgaben an die Krankenhäuser zu leisten, aus denen die allgemeinen Krankenhausleistungen mitfinanziert werden. Gleichzeitig werden diese allgemeinen Krankenhausleistungen – wie den gesetzlich Versicherten – in Rechnung gestellt. Unter dem Strich muß durch diese Regelung der Privatversicherte die allgemeinen Krankenhausleistungen und damit die GKV subventionieren. Durch die Chefarztabgaben erhielten die Krankenhäuser 1994 schätzungsweise zusätzliche Einnahmen zwischen 1,2 Mrd. und 2,4 Mrd. DM.

Es kann inzwischen davon ausgegangen werden, daß die Subventionsleistungen der PKV insgesamt pro Jahr zwischen 2 Mrd. und 4 Mrd. DM liegen. Das sind 10% bis 20% der PKV-Gesamtausgaben. Für die Privatversicherten heißt das, daß sie sich bei Wegfall dieser Subventionstatbestände deutlich günstiger versichern könnten. Der Wettbewerb mit der GKV wird hierdurch signifikant verzerrt. Die Politik ist hier konkret gefordert, gleiche Bedingungen herzustellen.

Die Hinweise der Expertenkommission, die den Versicherungsunternehmen selbst zum Umgang mit dem Problem der Kostenentwicklung gegeben werden – wie etwa schärfere Kontrollen von Arztrechnungen – werden von der PKV voll mitgetragen. Die PKV berücksichtigt – in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit ihren Versicherten – in diesem Zusammenhang bereits seit einiger Zeit die sich bietenden Möglichkeiten in ihrer Leistungspraxis und wird aufgrund der positiven Ergebnisse ihre Bemühungen um eine effektive Kostensteuerung zukünftig weiter intensivieren. Dabei geht es nicht wie in der GKV um einfache, vom Gesetzgeber intendierte Kürzungen. Vielmehr bleibt das gegebene Leistungsversprechen erhalten. Ziel ist es, die Versicherten vor zum Teil unberechtigten Forderungen

von Leistungserbringern und damit vor uferlos steigenden Beiträgen zu schützen und langfristig intelligente Lösungsansätze zur Kostensteuerung zu entwickeln.

Schlußbemerkung

Es entspricht nicht der „political correctness“ und ist dazu ökonomisch nicht sinnvoll, der PKV einerseits eine – sehr sinnvolle und von ihr auch gewünschte – Erweiterung der Verantwortung etwa in Form der Erschließung neuer Leistungsfelder – wie aktuell im Zahnbereich geplant – zuzuweisen, andererseits aber nicht die Bedingungen herzustellen, die notwendig sind, um dieser Verantwortung auch gerecht werden zu können. Durch die beschriebene Systematik von Subventionen und Kompensationen besteht die Gefahr,

die PKV langfristig als Auffangbecken für die Probleme der GKV zu mißbrauchen und sie damit letztendlich „totzumelken“. Dabei sollte man vor allem nicht vergessen, daß die Probleme der GKV aufgrund der absehbaren demographischen Entwicklung – ähnlich wie in der Rentenversicherung – in Zukunft deutlich an Schärfe zunehmen werden.

Die PKV, die durch die Bildung von Alterungsrückstellungen von jeher und inzwischen wesentlich verstärkt Vorsorge für ihre Versicherten betreibt, bleibt von diesen Problemen praktisch unberührt. Sie ist deshalb klar die zukunftssicherere Alternative. Um dies auch beweisen zu können, sind gleiche Chancen im Wettbewerb zwischen GKV und PKV eine unabdingbare Voraussetzung.

Christoph Fuchs

Es geht um den Erhalt des Solidarsystems schlechthin

Die gestellte Frage „Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?“ suggeriert zunächst einmal unzulässigerweise, daß es nur diese beiden Optionen geben würde. In der Tat sieht es zunächst so aus, als würde der gerade erst beginnende sogenannte Wettbewerb im Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung das Solidarsystem sprengen. Dies könnte dann eine Entscheidung in die eine oder andere Richtung erzwingen. Das derzeitige Gebaren der Gesetzlichen Krankenkassen ist, für alle offensichtlich, synonym für den Paradigmenwechsel im Selbstverständnis der Krankenkassen.

Vor allem im Bereich der sogenannten Prävention oder besser

dem als Gesundheitsförderung ausgewiesenen Bereich fällt der härter werdende Wettbewerb der Krankenkassen um Kunden (man spricht nur noch ungern von Krankenversicherten) ins Auge. Werbe-, Reklame- und Marketingstrategien haben hier zu einem für den Beitragssatz ruinösen Wettbewerb geführt. Nicht selten verstehen sich Krankenkassen als bessere Freizeit-Entertainer oder locken gar mit unlauteren Methoden neue Mitglieder an. Es ist sicher im Interesse der Versicherten unerlässlich, daß der Gesetzgeber diesem Werbeklamauk ein Ende bereitet. Unwirksame und unseriöse „Gesundheitsangebote“ dürfen nicht weiter der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden; das Geld

fehlt dann später bei der Versorgung Schwer- und Schwerstkranker. Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen hingegen wissenschaftlich begründeten Qualitätskriterien unterliegen.

Die Prävention in der Werbung der Krankenkassen ist ein deutliches Zeichen dafür, wie der Wettbewerb der Krankenkassen vermutlich in allernächster Zeit geführt werden wird. Unmittelbar mit diesem Problem verbunden ist die Diskussion um den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Schon ist ein heftiger Streit zwischen Ersatzkassenverbänden und Allgemeinen Ortskrankenkassen entbrannt über die Verwendung der in der Regel an

die AOK abgeführten Mittel. Die Ersatzkassen, insbesondere die Techniker-Krankenkasse, sehen sich auf Dauer durch diese Ausgleichszahlungen in ihren Wettbewerbschancen benachteiligt; sie bangen um ihren günstigen Beitragssatz. Auch die Ortskrankenkassen bemühen sich um niedrige Beitragssätze, und in diesem Bemühen kommt es mitunter zu Entgleisungen, wenn beispielsweise älteren oder sozial schwachen Menschen der Wechsel in eine andere Krankenkasse nahegelegt werden soll.

Wettbewerb - ein adäquates Instrument?

Das skizzierte Szenario verdeutlicht, wie sehr die Krankenkassen im Wettbewerb bemüht sind, mit modernen Methoden und Unternehmensstrategien um Kunden zu werben. Allerdings stellt sich für die Ärzte zunehmend die Frage: „Und wo bleibt der Patient?“. Er scheint im großen Wettbewerb mehr und mehr zum störenden Faktor zu degenerieren. Wie aber fühlt sich ein chronisch Kranker in einer „Gesundheitskasse“? Was darf ein Versicherter im Falle einer langjährigen Krankheit noch von seiner Krankenversicherung erwarten, wenn diese einen erheblichen Anteil der Versicherten-Gelder für die „Kundenaquisition“ ausgibt? Wie werden sich diese finanziellen Schwerpunktverschiebungen auf die medizinische Versorgung insgesamt auswirken? Sind wir auf dem Weg von der Fürsorge für den Kranken zur Abwicklung eines lästigen Versicherungsfalles?

Die Reihe der Fragen ließe sich beliebig fortsetzen. Dahinter steht natürlich die Systemfrage: Ist der Wettbewerb ein adäquates Instrumentarium zur Lösung der drängenden Probleme in einem Gesundheitssystem, das kein freier Markt ist und nach den derzeitigen

ethischen und sozialen Vorstellungen der Gesellschaft auch nicht sein sollte?

Die Problemlage der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland wie in ganz Europa ist hinlänglich bekannt: Die demographische Entwicklung mit der zunehmenden Zahl älterer, auch multimorbider Menschen sowie die Möglichkeiten der modernen Medizin einerseits, die sinkende Zahl der Erwerbstätigen und damit auch der Beitragszahler andererseits stellen nicht nur die solidarisch finanzierte Krankenversicherung, sondern den Generationenvertrag insgesamt zur Disposition. Die zunehmende Ressourcenknappheit (nicht nur als ökonomische Mittel verstanden) zwingt uns über die Problembeschreibung der Mikroebene hinaus zu einer grundsätzlichen Analyse auf der Makroebene. Es geht nicht mehr nur um die Frage nach dem „Was“, also um die Gesundheit des Einzelnen. Es ist zunehmend die Frage nach dem „Wie“, also nach der effizienten Verwendung der Mittel, zu stellen.

Rationalisierung vor Rationierung

Alle nationalen Gesundheitssysteme sind mehr oder weniger Budgets unterworfen. Die dadurch bedingte Begrenzung der Mittel bedeutet letztlich immer auch eine Rationierung. Unter Rationierung im Gesundheitssystem ist das bewußte Vorenthalten an sich begründeter Gesundheitsleistungen zu verstehen. Rationierung findet demnach in allen nationalen Gesundheitssystemen statt, seien sie auch noch so reich. Es ist also nicht die Frage, ob in einem Gesundheitssystem rationiert wird, sondern es ist die Frage, wie und auf welchem Versorgungsniveau.

Der Wirtschaftlichkeitsbegriff im Gesundheitswesen, der über Jahr-

zehnte in Deutschland nach dem Minimalprinzip definiert worden ist, bedeutete für die medizinische Versorgung, ein bestimmtes Therapieziel mit minimalem Ressourceneinsatz zu erreichen. Bei vorgegebenen Budgets allerdings muß das Maximalprinzip des Wirtschaftlichkeitsbegriffes gelten. Dies bedeutet, der Arzt prüft als erstes, wieviel Mittel ihm zur Verfügung stehen, und definiert davon abhängig sein Behandlungsziel. Dies kann in letzter Konsequenz zu der Frage führen, ob die Behandlung aus Kostengründen noch weiter verfolgt werden soll.

Wie wird sich nun der Arzt in einem solchen ethischen Widerspruch verhalten? Er wird sich immer dafür einsetzen müssen, die Patienten bestmöglich zu versorgen. Die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem einerseits und infolge Ressourcenknappheit nicht Machbarem andererseits wird aber wachsen. Im Konflikt zwischen den Patienteninteressen und den Interessen der Gemeinschaft wird der Arzt stets bemüht bleiben müssen, die Patienteninteressen zu wahren und die medizinischen Standards einzuhalten. Der Arzt wird die rationierenden Rahmenbedingungen nicht akzeptieren können, da sie dem Patienteninteresse zuwiderlaufen.

Es geht also um Rationalisierung vor Rationierung. Dies bedeutet, daß die uns zur Verfügung gestellten Gesundheitsgüter optimal eingesetzt werden müssen, um eine Rationierung soweit wie möglich zu vermeiden – auch wenn klar ist, daß Rationierung auf Dauer nicht zu verhindern sein wird. Sollten in Folge von Mittelknappheit die Versorgungsstandards nicht mehr eingehalten werden können und an sich begründete Maßnahmen vorenthalten werden müssen, so kann der

Beitrag der Ärzteschaft nur noch darin bestehen, zu einer möglichst gerechten Zuteilung von limitierten Gesundheitsgütern beizutragen.

Rückbesinnung auf Grundprinzipien

Die Gesellschaft erwartet von einer „guten“ Gesundheitsversorgung:

- Förderung der Gesundheit;
- Verhütung von Krankheiten;
- Linderung von nicht vermeidbaren Krankheiten und Behinderungen;
- Verbesserung der Prozesse von Geburt, Kindheit und Jugend.

Übergeordnetes Ziel ist es, daß alle gesund sind, um produktiv arbeiten zu können und sich aktiv in das soziale Netz der Umwelt einbinden zu lassen. Wir müssen allerdings erkennen und akzeptieren, daß diese Ziele nur noch in Teilen erreicht werden können. Das liegt an der Unersättlichkeit der Versorgungssysteme und an der Begrenztheit der Mittel. Wenn wir aber zumindest Schwer- und Schwerstkranken auf Dauer gute medizinische Versorgungsstruktu-

ren bieten wollen, müssen wir uns auf die Leitlinien der Bismarckschen Sozialreform zurückbesinnen und deren drei Grundprinzipien angesichts der Herausforderungen unserer Gesellschaft neu überdenken: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität, und zwar in dieser Reihenfolge.

Die Probleme unseres Gesundheitswesens sind zu vielschichtig, um sie mit gängigen Methoden der Wirtschaft lösen zu können. Es gibt weder Kunden noch Absatzmärkte, sondern Versicherte, Patienten und die Notwendigkeit einer guten medizinischen Versorgung. Schon eine grobe Analyse der derzeitigen Strukturen unseres Gesundheitssystems sowie ein vorsichtiger Ausblick auf die sozio-ökonomische Entwicklung in ganz Europa zeigen sehr deutlich, daß sich die Möglichkeiten der Rationalisierung dem Ende zuneigen und das wesentlich größere Problem der Rationierung auf der Tagesordnung steht.

In einer solchen Situation das jetzt von der Politik vorgeschlagene Prinzip „Mehr Verantwortung für die Selbstverwaltung“ gleich-

zusetzen mit den keiner Ethik unterworfenen Wettbewerbsmethoden der sogenannten freien Wirtschaft ist nicht nur moralisch äußerst fragwürdig, sondern könnte die aufgezeigte Entwicklung auch noch dramatisch verschärfen. Weder die Einheitskrankenkasse noch ein ruinöser Wettbewerb der Krankenkassen werden den Problemen unseres Gesundheitswesens, geschweige denn den Erwartungen der Patienten gerecht. Statt parteipolitischer polemischer Auseinandersetzungen über Prozesse und Methoden brauchen wir glasklare Analysen der Strukturen und Konzepte, die sich auch angesichts der wachsenden ethischen Dilemmasituationen bewähren können und werden.

Im Kern geht es nicht um die Alternative Einheitskrankenkasse oder Wettbewerb im Solidarsystem. Es geht vielmehr um den Erhalt des Solidarsystems schlechthin. Für die Ärzteschaft ist ein solcher Wettbewerb nur dann akzeptabel, wenn er zu Gunsten und nicht zu Lasten auch des 89jährigen chronisch und mehrfach Erkrankten geführt wird.

Jürgen Basedow/Ulrich Meyer/Hans-Peter Schwintowski (Hrsg.)
Lebensversicherung • Internationale Versicherungsverträge und Verbraucherschutz • Versicherungsvertrieb
Beiträge der fünften Wissenschaftstagung des Bundes der Versicherten
Tagungsband des Bundes der Versicherten zu den Deregulierungsproblemen im Versicherungswesen.
1996, 270 S., brosch., 75,- DM, 548,- öS, 68,- sFr, ISBN 3-7890-4297-8 (Versicherungswissenschaftliche Studien, Bd. 4)
 NOMOS Verlagsgesellschaft 76520 Baden-Baden