

Die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind hinreichend bekannt: schrumpfende Einnahmen bei ständig steigenden Ausgaben. Jetzt liegen die Eckpunkte der Gesundheitsreform 2006 auf dem Tisch. Ist das Modell des Gesundheitsfonds, das im Mittelpunkt der Maßnahmen steht, eine sinnvolle Lösung zur nachhaltigen Umstrukturierung des Gesundheitssystems?

Kein Erfolgsmodell

Gesundheitsfonds

Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds ist zentraler Bestandteil der von der großen Koalition ausgearbeiteten Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006. Nachdem Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie keinen Konsens unter den Koalitionspartnern gefunden hatten, stand mit dem Modell des Gesundheitsfonds ein politisch unbelastetes Modell bereit, welches zudem im Ausland bereits eingesetzt wurde. Der Vorschlag im »Eckpunktepapier zu einer Gesundheitsreform 2006« vom 4. Juli 2006 sieht vor, dass im Fonds die Beiträge über einheitliche Beitragssätze für alle gesetzlich Versicherten gesammelt und für jeden Versicherten standardisierte risikoadjustierte Beträge aus dem Fonds an die Krankenkassen ausgeschüttet werden. Kommen Krankenkassen trotz Effizienzsteigerung nicht mit den Auszahlungen aus dem Fonds aus, können sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben, der 1% des Haushaltseinkommens nicht übersteigen darf. Bei Überschüssen kann die Krankenkasse diese an ihre Versicherten ausschütten.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt zu 95% aus dem Fonds. Aus Steuermitteln sollen im Haushaltsjahr 2008 1,5 Mrd. € und im Haushaltsjahr 2009 3 Mrd. € in den Fonds fließen. Reichen die Fondsmittel und die privaten Zusatzbeiträge nicht aus, wird der einheitliche Beitragssatz gesetzlich angehoben. Die Parität soll im heutigen Umfang erhalten bleiben.

Der Gesundheitsfonds soll Abschluss, oder zumindest entscheidender Lösungsbe-

standteil, einer seit 2003 geführten Diskussion sein, die sich von der »Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme« (»Rürup-Kommission«)¹ über die »Herzog-Kommission«² des CDU-Bundesvorstandes und zahlreiche Parteitagsbeschlüsse hinzog.^{3,4} Im Vordergrund standen zwei Problembereiche:⁵ Dies ist erstens die Entlastung der Unternehmen gegenüber Ländern, welche das Gesundheitssystem nicht über Beiträge auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, sondern beispielsweise über (unternehmensunabhängige) Steuern oder die gesamten Einkünfte der Versicherten finanzieren. Und zweitens sollte der demographische Übergang mit einer starken Belastung aller Zweige der Sozialsysteme ab dem Jahr 2030 abgefedert werden. Für beide Problembereiche kann ein Gesundheitsfonds Lösungen bieten. Er leistet es jedoch nicht in seiner gegenwärtig im Eckpunktepapier vorgestellten Form. Weder senkt er die Lohnkosten, noch antwortet er erkennbar auf die Herausforderung des demographischen Übergangs.

Warum ist der Fonds beschlossen worden?

Die Ursachen für das Beharren auf dem Fondsmodell liegen weniger in (gesundheits-) ökonomischen als vielmehr (gesundheits-) politischen Gründen. Aus ökonomischer Sicht hätten sich die mit dem beschlossenen Fondsvorschlag erreich-



Markus Längen*



Andreas Gerber*



Karl W. Lauterbach*

¹ <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf>.

² http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf.

³ <http://www.spd-parteitag.de/servlet/PB/show/1453346/2003-11-19-a1-perspektivantrag.pdf>.

⁴ <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1038894/index.html>.

⁵ K.W. Lauterbach, M. Längen, A. Gerber, G. Klever-Deichert und B. Stollenwerk, »Bürgerversicherung als Finanzierungsmodell der Zukunft«, in: H. Rebscher (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik*, Economica, Heidelberg 2006, 275–288.

* Dr. rer. pol. Markus Längen, Dr. med. Andreas Gerber, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, und Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, MdB.

baren Ziele mit anderen Maßnahmen einfacher, sozial verträglicher und unbürokratischer erreichen lassen. Mögliche Maßnahmen wären das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge, eine Zuführung hoher Steuerzuschüsse in den bestehenden Risikostrukturausgleich und die wettbewerbliche Eingliederung der PKV in die Finanzierung des Gesundheitssystems.

Es bleiben für Deutschland drei Argumente für den Fonds: Erstens ist er neu, zweitens ist er Projektionsfläche für zukünftige Reformen, und drittens war er der kleinste erzielbare Nenner. Letztendlich wurde eine aus ökonomischer Sicht nicht überzeugende Lösung gefunden, die sich von den ursprünglichen Zielen, Lohnnebenkosten zu senken und das System angesichts des demographischen Umbaus nachhaltig zu finanzieren, verabschiedet hat. Die Überlast des Politischen wurde insbesondere in den letzten Verhandlungswochen deutlich, als die von der CDU noch im Bundeswahlkampf geforderte Umstellung auf eine Steuerfinanzierung mit Volumen bis über 20 Mrd. € im Jahr nun abgelehnt wurde.

Was wird der Gesundheitsfonds bringen?

Was wird der Fonds trotz allen Mängeln dennoch bewirken? Einige Tendenzen zeichnen sich, ungeachtet der noch fehlenden Detaillösungen, bereits ab. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen wird sinken, und der Wettbewerb wird sich vom Versichertennutzen entfernen. Bisher beruhte die Abnahme der Zahl der Krankenkassen auf Fusionen, zukünftig werden womöglich auch Insolvenzen zu beobachten sein. Der bisher schon aggressiv in der Pressewerbung vorgestellte Beitragssatzvergleich zwischen Krankenkassen wird sich intensivieren, wenn es unter dem Fondsmodell um absolute Zuzahlungspauschalen pro Monat (die sog. »kleine Kopfpauschale«) geht. Um ihre Mitglieder mit hohem Einkommen (und tendenziell niedriger Morbidität) nicht zu verprellen, werden Krankenkassen die kleine Kopfpauschale einem relativen Zusatzbeitrag (Prozentzuzahlung) vorziehen. Dies hätte für die Krankenkassen gleichzeitig den »Vorteil«, dass Rentner (mit tendenziell hoher Morbidität) eher in andere Krankenkassen abwandern. Die Absicht, den derzeitigen Risikostrukturausgleich im neuen System unter dem Vorwand der »Entbürokratisierung« von Morbiditätsmerkmalen möglichst frei zu halten, verstärkt diese Tendenz nochmals erheblich. Es ist aus gesundheitsökonomischer Sicht eindeutig, dass sich kein Krankenkassenwettbewerb zum Nutzen der Versicherten entwickeln wird, sofern klare Anreize zur Risikoselektion gesetzt werden. Bei Defiziten einer Krankenkasse besteht vielmehr der Anreiz, jedwede Leistung unabhängig von deren Wirksamkeit zu verknapfen. Dass eine Krankenkasse mit Defiziten die Möglichkeiten, Zeit und Vertragsmacht hat, für ihre Versicherten nur nicht-effektive Leistungen zu kapfen, ist illusorisch. Hartes Kostenmanagement wird im Ernstfall die einzige Alternative sein, um der drohenden Insolvenz zu entgehen (beziehungsweise eine signifikante Zahl an Mit-

gliedern aufgrund einer hohen Kopfpauschale zu verlieren). Betroffen sein werden nach bisherigen Erfahrungen die Krankenkassen, welche Versicherte mit hohem Alter und hoher Morbidität aufweisen, also jene Versichertengruppen, die besonders stark auf eine gute Versorgung angewiesen sind.

Bisherige Erfahrungen zeigen auch, dass diese Gruppen weniger stark auf die Anreize reagieren können, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Wie soll sich ein Pflegeheimbewohner, der zudem von einer Vielzahl von Ärzten betreut wird, daran machen, seine Krankenkasse zu wechseln? Und welches Interesse hat eine kostengünstige Krankenkasse, diesen Bewohner aufzunehmen? Sie wird ihre Effizienzvorteile kaum dazu einsetzen, Verbesserungen in der Pflege von an Alzheimer-Demenz erkrankten Personen zu verbessern, einzusetzen. Ebenso sind die Versorgung von HIV-Infizierten oder Blutern keine Gebiete, die ein solcher Wettbewerb verbessern würde. Eine effiziente Krankenkasse würde ihre Überschüsse dazu verwenden, ihre attraktivsten Gruppen zu umwerben und zu behalten, indem sie beispielsweise Leistungen mit nur vage nachgewiesener Effektivität, jedoch hohem Symbolwert für die attraktive Versichertengruppe, bewirbt. Schon heute findet man überraschend viel Werbung von Krankenkassen in Fitnesszeitschriften. Diese werden kaum von Versicherten gelesen, die eine gesundheitliche Versorgung am dringendsten benötigen.

Die Wettbewerbsverzerrung zugunsten der PKV wird im gegenwärtigen Eckpunktekompromiss weiterhin festgeschrieben. Dass derzeit kein fairer Wettbewerb zwischen den Systemen herrscht, wird von wissenschaftlicher Seite nicht bezweifelt.⁶ Die PKV versichert eine Gruppe mit eher hohem Einkommen und eher geringer Morbidität. Würde sie auf dem Niveau der GKV im Wettbewerb stehen, wären 9,9 Mrd. € mehr im System der Krankenversorgung verfügbar. Damit wäre die Anhebung der Beitragssätze um 0,5 Prozentpunkte nicht nur obsolet, es könnte sogar eine Absenkung erreicht werden.⁷ Das Argument der PKV, dass diese Mittel derzeit in etwa gleicher Höhe bereits vom PKV ins GKV-System fließen würden, ist nicht stichhaltig. Diese Mittel werden verteilt, indem günstige Risiken sich unter anderem eine Luxusmedizin mit Chefarztbehandlung und Servicezimmern erlauben können und dennoch geringere Prämien aufbringen müssen als in der GKV. Die Mittel werden zudem in regionaler, fachlicher und Patientensicht so verteilt, dass eine eindeutige Zweiklassen-Medizin aufrechterhalten wird. Regionen mit vielen Privatversicherten ziehen zusätzliche Ärzte an, während Regionen in Ostdeutschland Ärztemangel beklagen und Ruhrgebietsstädte mit einem wesentlich höheren Anteil an Menschen, die aufgrund von geringerer Bildung und niedrigerem

⁶ Mitglieder des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Sozialpolitik. Gesundheitspolitik in der Kompromissfalle: Kein Problem gelöst, aber neue geschaffen. Stellungnahme von Gesundheitsökonominnen zu den Eckpunkten der Koalitionsparteien vom 4. Juli 2006.

⁷ Berechnungen des IGKE. Publikation in Vorbereitung.

sozioökonomischem Status eine bekanntermaßen höhere durchschnittliche Krankheitslast haben, im Schnitt höchstens halb so viel Ärzte haben wie Freiburg oder München. Chefärzte können Privatliquidationen erzielen, die ihr Grundgehalt übersteigen, ohne dafür einen GKV-Patienten sehen zu müssen. Vertragsärzte vergeben ihre Termine bevorzugt an Privatpatienten, während gesetzlich Versicherte teilweise wegen Überfüllung abgewiesen werden. Dass die PKV mit ihren Zusatzhonoraren eine derartige Strukturpolitik betreiben soll, ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Der zukünftige Druck zum Wettbewerb in der PKV erwächst jedoch nicht aus dem Fonds, sondern aus der geplanten Portabilität der Altersrückstellungen. Die mangelnde Effizienz des PKV-Systems wird deutlich, wenn die Vertragsabschlusskosten betrachtet werden. Bezogen auf die Brutto-neuzugänge der PKV von 590 100 Personen im Jahr 2004 beliefen sich die Abschlusskosten auf 3 946 € pro Vertrag. Sie liegen somit höher als die gesamten durchschnittlichen Beitragszahlungen des Versicherten im ersten Jahr, die mit 2290 € abgeschätzt werden.⁸ Keine GKV-Kasse kann sich ein solch kostspieliges Verfahren leisten, die Verwaltungskosten liegen dort wesentlich niedriger.

Es ist unschwer voraus zu sehen, dass mit der Portabilität der Altersrückstellungen auch im Bereich der PKV »Internet-Krankenkassen« entstehen werden, und kleinere und teure Anbieter aus dem Markt ausscheiden werden. Die Größe der PKV-Unternehmen ist derzeit noch sehr heterogen. Lediglich vier Unternehmen hatten über 500 000 Vollversicherte, 25 Unternehmen hatten weniger als 100 000 Vollversicherte. Insgesamt ergibt dies eine durchschnittliche Vollversichertenzahl von knapp 190 000 Versicherten pro Unternehmen.

In Diskussionen wird oft vorgetragen, man müsse das Fondsmodell losgelöst von der Ausgabenseite betrachten. Einige Befürworter des Fondsmodells gehen davon aus, dass sich das Prinzip, nicht jedoch die Folgen aus dem Ausland übertragen lassen. Die Niederlande, welche das Fondsmodell ab Beginn des Jahres 2006 einsetzen, haben 2,8 Akutbetten, 0,5 praktizierende Allgemeinärzte, 0,9 praktizierende Fachärzte und 0,2 Apotheker je 1 000 Einwohner (alle Angaben Jahr 2003). In Deutschland lauten die entsprechenden Zahlen: 6,6 Akutbetten (235% gegenüber den Niederlanden), 1,0 praktizierende Allgemeinärzte (200%), 2,3 praktizierende Fachärzte (256%) und 0,6 Apotheker je 10 000 Einwohner (300%). Die Niederlande kommen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit 5,8% des BIP aus, in Deutschland liegt der Wert bei 8,5% des BIP. Das Argument, dass Deutschland ein höheres BIP habe und daher ein superiores Gut wie gesundheitsliche Versorgung auch relativ stärker nachfrage, zählt nicht. Das BIP

liegt in den Niederlanden bei 29 361 € pro Kopf, in Deutschland bei 26 222 €. Mit den wirtschaftlichen und Effizienzbedingungen in den Niederlanden ist ein Fonds für die Bevölkerung leichter zu schultern als in Deutschland.

Der Effizienzwettbewerb zwischen den Kassen wird sich durch den Fonds verschärfen. Zugleich werden die verbleibenden Krankenkassen durch Fusionen und Insolvenzen größer. Beides spricht dafür, dass die Einflussnahme auf die Leistungsanbieter steigen kann und wird. Instrumente wie strikte hausarztzentrierte Versorgung, vierte Hürde der Arzneimittelzulassung, effektive Krankenhausplanung, Einführung einer Positivliste und Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Versorgung gibt es in den Niederlanden bereits.

Es ist wenig wahrscheinlich, dass der deutsche Gesetzgeber zukünftig Steuermittel ins Gesundheitswesen lenkt, um hohe Strukturkapazitäten aufrechtzuerhalten und so die Bevölkerung zu beruhigen. In den Niederlanden urteilten bei einer Umfrage der OECD im Jahr 2002 47,1% der Befragten über ihr Gesundheitssystem mit »runs well« oder »minor changes needed«. In Deutschland waren es 45,6%. Eine Kombination aus Effizienz und Zustimmung scheint möglich zu sein. Dass sich der Gesetzgeber in Deutschland vor diesem Szenario einer stärkeren Gestaltungsmacht der Krankenkassen widersetzt, ist wenig wahrscheinlich. Die Krankenkassen sehen sich bereits einer Forderung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Höhe von 5 Mrd. € gegenüber, um die in der Vergangenheit gestiegenen Arzt- und damit verknüpften Leistungszahlen zu finanzieren. Die Zahl der an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte in Deutschland ist von 119 939 im Jahr 1995 auf 131 119 im Jahr 2004 gestiegen (+ 9%). Es ist für die Krankenkassen selbstverständlich, dass sie auf eine Ausweitung der Arztzahlen nicht mit einer Ausweitung der Budgetmenge antworten können und dennoch eklatante Versorgungslücken in strukturschwachen Gebieten zunehmen. Stärkere Struktursteuerung durch Krankenkassen ist notwendige Folge des Fondsmodells.

Ist der Fonds also dennoch ein Erfolg?

Der Effizienzdruck steigt, der Druck auf die PKV steigt, historisch verhärtete Strukturen werden aufgebrochen, die Krankenkassen bekommen mehr Gestaltungsmacht. Ist der Fonds also dennoch ein Erfolgsmodell? Nein. Es wurde gezeigt, dass sich die möglichen positiven Folgen des Fonds auch ohne den Fonds erzielen ließen, und dies mit geringerem Bürokratieaufwand, Aufrechterhaltung der Solidarität und besserem Wettbewerbsrahmen.

Das Fondsmodell zeigt bisher keine Perspektive für Deutschland auf. Diese Perspektiven wurden bereits mehrfach vorgestellt, unterstützt durch Kommissionen und Gutachten. Aufgegriffen wurden sie nicht.

⁸ K. W. Lauterbach, G. Klever-Deichert, A. Gerber und M. Lungen, *Kapitaldeckung und Vertragsabschlusskosten der Privaten Krankenversicherung in Deutschland*, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006, Köln, Ausgabe 02/2006 vom 5. April 2006.



Klaus Jacobs*

Kein einziges Problem gelöst

Die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind vielschichtig. Seit Jahren erodiert die Einnahmehasis, und auf der Ausgabenseite wird viel zu viel Geld in unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen gesteckt und für medizinisch fragwürdige Leistungen ausgegeben. Erste Struktur-reformen auf der Ausgabenseite wurden bereits mit dem 2003 von Rot/Grün und Union verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Angriff genommen wurden. Jetzt sollte es erklärtermaßen vor allem um die Reform der Finanzierungsstrukturen gehen. Stabil, nachhaltig, gerecht und wettbewerbstauglich sollte die Finanzierung werden und zudem den Faktor Arbeit entlasten. Dass es schwer würde, ein derart breites Zielepanorama umfassend zu bedienen, war allen Experten stets klar. Dass es die Großkoalitionäre in ihren am 4. Juli vorgelegten »Eckpunkten« aber schaffen (und wagen) würden, ein Konzept vorzulegen, das für kein einziges der genannten Ziele einen Lösungsweg präsentiert, dürfte selbst bei den größten Pessimisten blankes Entsetzen ausgelöst haben.

Einseitige Belastung

Kernstück der beabsichtigten Reform ist der so genannte Gesundheitsfonds, in den künftig alle Beitragszahlungen sowie Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt fließen sollen. Während derzeit vor allem über den Beitragseinzug für den Fonds gestritten wird – den Eckpunkten zufolge soll der Einzug für alle Sozialversicherungszweige von den einzelnen Krankenkassen auf regional organisierte Einzugsstellen verlagert werden –, droht fast aus dem Blick zu geraten, dass das Fondsmodell an den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen der GKV im Prinzip überhaupt nichts ändert. Weder wird die Finanzierungsbasis verbreitert, indem

alle Bürger an der solidarischen Finanzierung beteiligt werden – also auch die Privatversicherten, deren Einkommen im Durchschnitt deutlich über denen der GKV-Mitglieder liegen –, noch werden weitere Einkommensarten in die Beitragsbemessung mit einbezogen. Ein Beitrag für mitversicherte Ehepartner von Gutverdienern ist ebenfalls nicht vorgesehen. Schließlich wird die vorgesehene Steuerfinanzierung bis auf Weiteres nicht einmal das schon heute bestehende Ausmaß erreichen. Die einseitige Belastung der sozialversicherungspflichtigen Erwerbs- und Erwerbsersatz-einkommen bleibt damit unverändert bestehen. Obwohl die anhaltende Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich für die Beitragssatzsteigerungen der Vergangenheit verantwortlich war, sieht die große Koalition dieser Entwicklung weiter tatenlos zu. Dass damit gleichfalls keinerlei Vorkehrungen für künftige demographische Herausforderungen getroffen werden, versteht sich fast von selbst. Ebenso, dass von einer Entlastung des Faktors Arbeit keine Rede sein kann; zunächst werden die Beitragssätze der Krankenkassen – und damit auch die Arbeitskosten – sogar noch weiter steigen, wobei die ins Auge gefassten 0,5 Prozentpunkte vermutlich bei weitem nicht ausreichen dürften.

Offensichtlich hat sich die Politik längst ihre eigene Welt geschaffen, in der es nicht mehr um die Lösung realer Probleme geht, sondern nur noch um reine Machtfragen und den Nachweis vermeintlicher Handlungsfähigkeit. Der sonst vor allem gegenüber Wissenschaftlern gern erhobene Vorwurf, fernab von jeglicher Realität praxisuntaugliche Vorschläge zu produzieren, scheint mittlerweile in der Politik den richtigen Adressaten gefunden zu haben – allerdings mit dem gravierenden Unterschied, dass die Politik damit selbst neue Realitäten schafft. Und zu denen gehört beim Gesundheitsfonds, dass er in der geplanten Ausformung nicht nur kein einziges Finanzierungsproblem löst, sondern neue Probleme schafft.

Gespeist wird der Fonds vor allem durch Beitragszahlungen von Mitgliedern und Arbeitgebern entsprechend der »heutigen Relation«, also unter Berücksichtigung des »Sonderbeitrags« der Versicherten von 0,9%. Die entscheidende Neuerung liegt darin, dass es künftig einen GKV-weit einheitlichen Beitragssatz geben soll, der vom Bundestag festgesetzt wird. Die Krankenkassen verlieren damit ein zentrales Merkmal unternehmerischer Autonomie: das Recht auf selbständige Preissetzung. Wie dies mit produktivem Kassenwettbewerb vereinbar sein soll – erst recht mit (»fairem«) Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherern, perspektivisch womöglich auf einem europäischen Krankenversicherungsmarkt –, ist aus ökonomischer Sicht nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist hier der Weg in eine staatliche Einheitsversicherung vorgezeichnet. Dazu passt auch das Gerede über die vermeintlich zu große Zahl von Krankenkassen, die nicht als Kennzeichen

* Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn.

eines pluralen Wettbewerbssystems, sondern als überflüssige Bürokratie gelten (wobei am Anachronismus geschlossener Betriebskrankenkassen, ohne den sich die Kassenzahl deutlich verringern würde, ausdrücklich festgehalten wird). Und wenn die Bundeskanzlerin in ihrer Videobotschaft vom 8. Juli zu den Eckpunkten erklärt, dass »wir am Anfang des nächsten Jahres die Beiträge erhöhen müssen«, lässt schon die Formulierung erkennen, welches Verständnis mittlerweile von der GKV herrscht, denn noch gehört die Festlegung der Beitragssätze zu den Aufgaben der selbstverwalteten Kassen.

Ordnungspolitisch fragwürdig

In den Gesundheitsfonds sollen aber nicht nur Beitragszahlungen, sondern auch Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt fließen, und zwar zunächst 1,5 Mrd. € 2008 und 3 Mrd. € 2009. Durch diesen »Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern« – so heißt es vollmundig im Eckpunkte-Papier – »wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt«. Wie es um die Stabilität von Steuerzuschüssen bestellt ist, hat die große Koalition selbst soeben unter Beweis gestellt, indem sie mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2006 beschlossen hat, die erst mit dem GMG eingeführte Pauschalerstattung für Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft in Höhe von 4,2 Mrd. € zum Zwecke der Konsolidierung des Bundeshaushalts wieder abzuschaffen. Bei der Verabschiedung des GMG war gerade die sachgerechte Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen als besonderer Erfolg gefeiert worden. So stellte zum Beispiel Horst Seehofer am 9. September 2003 im Bundestag fest: »Wir haben jahrzehntlang über die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen diskutiert. Ich finde, es ist ein großer Fortschritt, dass versicherungsfremde Leistungen künftig nicht mehr aus Beitragsmitteln, sondern aus Steuermitteln finanziert werden. Das wird jetzt Wirklichkeit. Dies wird die Krankenversicherungen um fast einen halben Prozentpunkt entlasten.«

So sieht also die Stabilität von Steuerzuschüssen in der Realität aus: jahrzehntlang gestritten, um die sachgerechte Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen endlich zu realisieren – und dann in wenigen Monaten wieder vom Tisch gewischt. Deshalb resultieren die im kommenden Jahr erforderlichen Beitragssatzsteigerungen auch keineswegs aus einer »Summe der Fehler aus vielen vergangenen Jahren« (Originalton Angela Merkel in ihrer Videobotschaft vom 8. Juli), sondern – einschließlich der Zusatzbelastungen durch die anstehende Mehrwertsteuererhöhung – aus den steuerpolitischen Beschlüssen derselben Bundesregierung, die nunmehr die bloße Aussicht auf vermehrte Steuerzuflüsse zur GKV als zukunftssichernden Heilsbringer verkauft.

Die Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern ist aber auch ordnungspolitisch fragwürdig. Schon wird zwischen den Regierungsparteien gestritten, ob die Steuermittel nur der GKV oder auch privatversicherten Kindern zugute kommen sollen. Letzteres ist vermutlich verfassungsrechtlich geboten, doch würden die Wettbewerbsnachteile der GKV gegenüber der privaten Krankenversicherung noch einmal deutlich vergrößert, weil an der »offenen Flanke« zwischen den beiden Systemen als Folge der ökonomischen unsinnigen Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts festgehalten wird. Deshalb wird bereits laut darüber nachgedacht, die geplante Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern als allgemeinen Bundeszuschuss zu deklarieren, womit einer Gesundheitspolitik nach Haushaltslage endgültig Tür und Tor geöffnet und das letzte Vertrauen in die Stabilität von Steuerzuschüssen zur GKV-Finanzierung verspielt würde. Wenn es die Politik Ernst meint mit einer sachgerechten Steuerfinanzierung zur Entlastung der GKV-Beiträge, gibt es sinnvolle Ansätze genug: Neben der Revision des Beschlusses, die Erstattung für versicherungsfremde Leistungen abzuschaffen, zählt dazu insbesondere die Ermäßigung des Mehrwertsteuersatzes für erstattungsfähige Arzneimittel wie in fast allen anderen EU-Mitgliedstaaten. Schließlich würde der Erosion der GKV-Beitragsbasis spürbar begegnet, wenn die Beiträge für arbeitslose Mitglieder wieder wie vor 1995 am vorherigen Arbeitsentgelt bemessen würden.

Da die praktisch unveränderte Beitragsbasis der GKV künftig weiter schwächeln und sich die Aussicht auf nennenswerte Steuerzuschüsse als frommer Wunsch entpuppen dürfte – die Fondsmittel also kaum ausreichen, um selbst mit moderat wachsenden GKV-Ausgaben Schritt zu halten –, bleibt den Kassen nichts anderes übrig, als von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben. Je nach deren Einkommenssituation werden gleich wirtschaftlich (oder unwirtschaftlich) arbeitende Kassen unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge erheben müssen. Wenn diese tatsächlich als Gradmesser der Effizienz einer Kasse dienen sollen, ist somit ein eigenständiges Ausgleichssystem erforderlich, um einkommensbedingte Verzerrungen auszuschließen. Das gilt bei einem prozentualen Zusatzbeitrag (den jedoch keine Kasse erheben kann, die ihre einkommensstarken Mitglieder nicht vergraulen will), aber auch bei einem pauschalen Zusatzbeitrag, der nur bis zu einer Obergrenze von 1% des Haushaltseinkommens erhoben werden soll und in diesem Bereich somit auch prozentual wirkt.

Dass insgesamt maximal 5% der Gesamtausgaben über Zusatzbeiträge finanziert werden sollen, erscheint angesichts der schon jetzt erkennbaren Knappheit der Fondsmittel wenig realistisch. Dazu passt auch nicht die Rhetorik der Politik, wonach die Beitragssätze für den Fonds auf längere Zeit festgeschrieben werden sollen. Mit der Behauptung, dass wirtschaftlich arbeitende Kassen ohne Zusatzbeitrag

auskommen können, wird einer Erhöhung der Fondsmittel schon heute argumentativ vorgebeugt: Warum sollte wohl die Allgemeinheit einspringen, wenn die Kassen nicht sparsam mit ihren vom Fonds erhaltenen Mitteln umgehen? Vor diesem Hintergrund ist vielmehr zu erwarten, dass Ausgabenzuwächse in der GKV in Zukunft in erster Linie über kassenspezifische Zusatzbeiträge finanziert werden – allein schon, um die Belastung der Arbeitgeber nicht weiter zu erhöhen. In diesem Fall wird jedoch schnell erkennbar, dass das Modell mit Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag in der vorgesehenen Form noch einen gravierenden Konstruktionsfehler aufweist. Schon bei einer vergleichsweise niedrig anmutenden Höhe des pauschal erhobenen Zusatzbeitrags von etwa 20 € im Monat erreicht ein nennenswerter Teil der Beitragszahler die vorgesehene Überforderungsgrenze von 1% des Haushaltseinkommens. Dieser Teil der GKV-Mitglieder entrichtet dann stets den entsprechenden Maximalbeitrag und nimmt Unterschiede in der Höhe der kassenspezifischen Zusatzbeiträge überhaupt nicht wahr – keine Spur vom erwünschten Preiswettbewerb.

Diese Überlegungen sprächen dafür – sofern an dem missratenen Fondskonzept überhaupt festgehalten wird –, den Kassen vorzuschreiben, Zusatzbeiträge durchgängig prozentual zu erheben. Neben der damit verbundenen Vermeidung der »Überforderungs-Falle« gäbe es dafür vor allem auch praktische Gründe. Nur bei einem GKV-weit prozentualen Zusatzbeitrag könnte dieser unter Umständen vom Fonds miterhoben werden. Für pauschale Zusatzbeiträge müssten die Kassen dagegen ein eigenständiges Inkassosystem auf der Grundlage von Versichertenkonten einrichten und aufwendige Einzelfallprüfungen zur Vermeidung von ökonomischer Überforderung durchführen. Insbesondere hierin liegt der beträchtliche bürokratische Mehraufwand, der mit dem neuen Finanzierungsmodell einhergeht.

Bei so vielen offensichtlichen Ungereimtheiten könnte fast in Vergessenheit geraten, dass das Reformmodell durchaus auch positive Effekte aufweist, die man freilich auch ohne Fonds erzielen könnte. So soll künftig ein vollständiger Finanzkraftausgleich stattfinden, der jedoch auch problemlos im bestehenden Risikostrukturausgleich (RSA) realisiert werden könnte. Die vorgesehene Berücksichtigung von Krankheitsrisiken der Versicherten bei der Verteilung der Fondsmittel kann ebenfalls im Rahmen eines weiterentwickelten RSA erfolgen. Im Grunde ist der heutige RSA bereits ein fiktiver Fonds, der eine effektive und effiziente Kompensation unterschiedlicher Solidarlasten der einzelnen Kassen ermöglicht, um die Voraussetzungen für einen hinreichend unverzerrten Kassenwettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Um diese Ziele zu erreichen, ist der Gesundheitsfonds schlicht überflüssig.

Enttäuschend sind die Eckpunkte aber nicht nur wegen ihres zukunftsuntauglichen Finanzierungskonzepts, sondern

weil es trotz kaum noch zu überbietender Wettbewerbsrhetorik einmal mehr keinen substanziellen Einstieg in echten Vertragswettbewerb gibt. Wer meint, Wettbewerb für mehr Qualität und Effizienz bedürfe vor allem eines erhöhten Drucks auf die Krankenkassen, hat von der Wettbewerbsrealität der GKV wenig Ahnung. Gerade der Kassenwettbewerb ist schon heute äußerst lebhaft. Was bislang jedoch fehlte und den Eckpunkten zufolge auch weiterhin fehlen wird, sind wirksame Handlungsmöglichkeiten der Kassen zur Ausgabenbegrenzung, insbesondere in Form durchgängiger Optionen zu Selektivverträgen in allen Versorgungsbereichen. Ein bisschen Pseudowettbewerb im Arzneimittelbereich mit letztlich unwirksamen Rabattoptionen sowie ein paar Vertragsfreiräume bei Hausarzt- und integrierter Versorgung, die im Ergebnis jedoch vor allem zu Zusatzausgaben zu den ansonsten unverändert plan- und kollektivwirtschaftlich geprägten sektoralen Vertrags- und Vergütungsformen führen, lassen jeden noch so entfesselten Kassenwettbewerb auch künftig ins Leere laufen. Angesichts der geplanten Einführung eines bundeseinheitlichen Preissystems für vertragsärztliche Leistungen muss ohnehin bezweifelt werden, ob die Wettbewerbsrhetorik der Eckpunkte überhaupt ernst gemeint ist. Da liegt die Vermutung näher, dass die vorgebliche Wettbewerbsorientierung letztlich nur eine gigantische Mogelpackung darstellt, mit der von den Unzulänglichkeiten der Finanzierungsreform abgelenkt und die Suche nach Schuldigen für das unvermeidliche Scheitern der Reform schon frühzeitig vorbereitet wird. Keine Reform wäre besser als diese, die an den bestehenden Reformfordernissen der GKV fast vollständig vorbeigeht.



Jochen Pimpertz*

Das vorrangige Problem liegt auf der Ausgabenseite, seine Lösung in einer knappheitsgerechten Steuerung

»Der Berg kreite ... und gebar eine Maus.« Nach nchtelanger Beratung hinter verschlossenen Türen liegen endlich die Eckpunkte zur Gesundheitsreform auf dem Tisch. Versprochen die Politiker vor Wochen noch eine nachhaltige und auf Dauer angelegte Lösung, entpuppt sich das vorgelegte Konzept bei genauerem Hinsehen lediglich als Fortführung des gesundheitspolitischen Regulierungswahns vergangener Dekaden. Schlimmer noch: Wichtige Fragen zur Weiterentwicklung der Finanzierung sind auch im Eckpunkte-Papier offen oder ambivalent formuliert. Die Kernprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleiben dagegen ungelöst: Weder wird der Wettbewerb um effiziente Lösungen intensiviert, noch die Finanzierung nachhaltig gesichert, geschweige denn von den Arbeitskosten entkoppelt.

Einer Beurteilung des Eckpunkte-Papiers muss zunächst eine Befunderhebung und Diagnose vorausgehen. Ausgangspunkt einer rationalen Reformdiskussion sollte also die Frage sein, unter welchen Symptomen der Patient, das gesetzliche Gesundheitssystem, vorrangig leidet – an einer Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage oder an einem überproportionalen Ausgabenwachstum? Der empirische Befund ergibt sich in Analogie zur betrieblichen Kostenstellen-Rechnung: Je Anspruchsberechtigten, also in der Pro-Kopf-Betrachtung, sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit der Wiedervereinigung alljährlich um durchschnittlich 0,6 Prozentpunkte stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen – jener Größe, aus der die Kassen via Beitragssatz Einnahmen erzielen. Zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen, Leistungskürzungen und Ausweitungen der Beitragspflicht konnten den langfristigen Trend

nicht stoppen. Ganz offensichtlich leidet die gesetzliche Krankenversicherung an einem vorrangigen Ausgabenproblem.

Eine Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage ist mit diesem ersten Befund noch nicht auszuschließen. Dazu bedarf es eines geeigneten Vergleichsmaßstabes. Orientiert man sich zum Beispiel am Volkseinkommen je Einwohner – unter Ausschluss von Verschuldungsoptionen gibt dessen Entwicklung im Groben die Konsummöglichkeiten eine Volkswirtschaft wieder –, dann sind die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherter mit jahresdurchschnittlich 0,2 Prozentpunkten stärker gestiegen. Auch wenn der Vergleich etwas holzschnittartig ausfallen mag, von einer Unterfinanzierung der GKV kann also pauschal nicht gesprochen werden. Es sei denn, man wollte behaupten, dass erstens alle Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem prferenzgerecht erfolgen, mithin die Anreizbedingungen effizient seien, und dass zweitens der Finanzierungsbedarf ausschließlich im Rahmen der solidarischen Krankenversicherung gedeckt werden kann. An beiden Annahmen muss aber ge-zweifelt werden.

Fehlanreize auf den Versicherungs- und Leistungsmrkten

Die ordnungspolitische Diagnose ergibt stattdessen gravierende Fehlanreize sowohl auf den Versicherungs- und Leistungsmrkten als auch bei der Finanzierung. Zunächst mangelt es den Versicherten an Wahlfreiheiten, für die sie finanzielle Eigenverantwortung tragen. Die steuerähnliche Beitragsfinanzierung ist nicht nur aufgrund der sachfremden Belastung der Arbeitskosten zu kritisieren. Entscheidend ist, dass mit der lohnsteuerhnlichen Wirkung der Beiträge der individuelle Versicherungsbeitrag vom Leistungsanspruch – dem durchschnittlichen Versicherungsrisiko – entkoppelt wird. Hinzu kommen im internationalen Vergleich relativ niedrige Selbstbehalte und eine kostenlos gewährte freie Wahl des Behandlers. Angesichts der unvermeidlichen Belastung ist es für den Anspruchsberechtigten deshalb irrational, sich kostenbewusst zu verhalten – selbst wenn ihm die Kosten zum Beispiel seiner Arztwahl transparent gemacht würden. Denn er profitiert nicht von seiner Entscheidung, vielmehr werden Einsparungen in der Versichertengemeinschaft sozialisiert. Deshalb wird im Erkrankungsfall die vermeintlich beste, im Zweifel teuerste Medizin nachgefragt. Da dieser Fehlanreiz alle Versicherten erfasst, resultiert unterm Strich ein kollektiv unerwünschtes Nachfrageverhalten.

Des Weiteren mangelt es auf den Anbietermrkten an Kostenwettbewerb. Auffälligstes Beispiel bietet die ambulante Versorgung: Zwar konkurrieren niedergelassene Ärzte auch heute um Patienten. Die ökonomische Vorstellung von einem Preiswettbewerb ist aber nicht erfüllt, da die Honorare für homogene Leistungen einheitlich zwischen der mo-

* Dr. Jochen Pimpertz leitet das Referat »Nationale und internationale Sozialpolitik« im Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

nopolistischen Anbietervertretung und den Spitzenverbänden der Kassen ausgehandelt werden. Wettbewerber, die zu günstigeren Konditionen anbieten könnten, erzielen bei gleichen Preisen höhere Gewinne als ihre Konkurrenten, statt – wie auf knappheitsgerecht gesteuerten Märkten – die Kostenvorteile an die Versicherten weiterzugeben. Im Ergebnis schützt das Honorarsystem die weniger wirtschaftlich arbeitenden Anbieter statt die gesetzlich Versicherten.

Auch in der stationären Versorgung sorgen duale Finanzierung, hoheitliche Krankenhausbedarfsplanungen und schließlich das Festhalten an der Budgetierung beim Übergang zum Fallpauschalensystem dafür, dass sich keine knappheitsgerechten Preise bilden können und Kostenvorteile einzelner Anbieter zur Senkung der Finanzierungsbeiträge genutzt werden. Selbst die Entwicklung der Arzneimittelausgaben geht eher auf rationale Anpassungsstrategien an gesetzliche Vorgaben zurück denn auf ethisch verwerfliches Verhalten der Pharmaindustrie.

Schließlich mangelt es den gesetzlichen Kassen selbst an Möglichkeiten, auf ihrer Beschaffungsseite mit konkurrierenden Verbänden, Netzwerken oder Einzelanbietern separat Qualitäts- und Honorarmerkmale auszuhandeln. Dies würde ohnehin nur dann Sinn machen, wenn etwaige Kostenunterschiede exklusiv an kostenbewusste Versicherte weiter gegeben werden könnten. Aber auch auf ihrer Absatzseite sind den Kassen die Hände gebunden, eine Tariffdifferenzierung nach unterschiedlichen Versorgungsmodellen ist derzeit nicht möglich.

Offensichtlich sind es vor allem diese institutionell bedingten Fehlanreize, die als Ursache für den überproportionalen Ausgabenanstieg identifiziert werden können. Selbst die These vom medizinisch-technischen Fortschritt als Ausgaben-treiber erscheint vor diesem Hintergrund als wenig stichhaltig. Denn aus anderen Bereichen der Volkswirtschaft ist der kostensenkende Effekt des technischen Fortschritts wohl bekannt. Dass dagegen technische Innovationen im Gesundheitswesen oftmals höhere Ausgaben verursachen, liegt vor allem an den marktwidrigen und wettbewerbsschädlichen Eingriffen des Staates, weniger aber an den Besonderheiten der Gesundheitsleistungen.

Eine ökonomisch rationale Therapie muss also gleichzeitig auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten bei Leistungsanbietern und Patienten sowie bei den Versicherern und Versicherten ansetzen. Notwendig ist eine wettbewerbliche Steuerung über knappheitsgerechte Preise. Der solidarische Charakter, sofern der Ausgleich unterschiedlicher Gesundheitsrisiken gemeint ist, kann dabei für die heute gesetzlich Versicherten erhalten bleiben. Deshalb zunächst die Frage, wie und wo überhaupt Preiswettbewerb entstehen kann? Zum Beispiel, wenn die Versicherten zwischen Tarifen mit freier oder gebundener Arztwahl wählen können. Vorausset-

zung ist, dass die Kassen solche Tarife durch Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungsanbietern konfigurieren können und die Anbieter sich auch in konkurrierenden Interessenvertretungen organisieren dürfen. Dann würde nicht mehr allein die »Kassenzulassung« den Zugang zur gesetzlich versicherten Klientel eröffnen, die Leistungsanbieter müssten sich vielmehr über Wirtschaftlichkeit und Qualität für die Versorgung empfehlen. Der materielle Versicherungsschutz wird dabei nicht tangiert, solange die Mindestsicherung durch die Versicherungsaufsicht gewährleistet ist. Denkbar ist auch, die Arzneimittelversorgung freiwillig und so weit wie möglich auf Generika zu beschränken – so lange auch hier die Einspareffekte exklusiv den Versicherten des Tarifs zugute kommen. Dagegen muss die Wählbarkeit von Selbstbehalten in Grenzen gehalten werden, um einer Risikoselektion vorzubeugen. Dies ist aber keine Argument gegen Selbstbehalte, sondern lediglich gegen eine in der Höhe unbegrenzte Wahlfreiheit der Selbstbehalte.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Diskussion um die Finanzierungsreform absurd. Denn Wettbewerb und Wahlfreiheiten der Versicherten, gepaart mit finanzieller Eigenverantwortung, setzen transparente Versicherungskosten voraus. Das gelingt aber nur in einem einkommensunabhängig finanzierten Modell wie der Gesundheitsprämie. Ein weiterer Vorteil liegt in der Entkoppelung von Gesundheitsausgaben und Arbeitskosten. Schließlich können Gerechtigkeitsdefizite der Beitragsfinanzierung durch Auslagerung der Einkommensumverteilung in das allgemeine Steuer-Transfer-System treffsicherer gelöst werden als im Status quo oder einer Bürgerversicherung.

Wie sind vor diesem Hintergrund die Eckpunkte zur Gesundheitsreform zu bewerten?

Gesundheitsfonds. Ab 2008 sollen die Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zunächst in einen Fonds fließen, um daraus den Kassen eine feste Pauschale je Versicherten zuzuweisen. Damit lohnt es sich für die Kassen nicht länger, einkommensstarke Mitglieder anzuwerben. Einen »faireren« Wettbewerb wird es dadurch aber nicht geben, denn die unterschiedliche Beitragskraft der Mitglieder wird schon heute durch den Risikostrukturausgleich nivelliert. Außerdem erhalten die Kassen für ältere oder teurere Risiken eine risikoadjustierte Zuwendung – genau das leistet der Risikostrukturausgleich aber schon heute. Am Ende schafft der Fonds vor allem mehr Bürokratie. Zwar entfallen einige Überweisungsträger in den Lohnbüros. Beim Einzug der übrigen Sozialversicherungsbeiträge bleiben aber wie bisher unterschiedliche Kassen zuständig – und auch der Fonds selbst will verwaltet sein.

Beitragsfinanzierung. Künftig soll der Beitragssatz nicht mehr von den Krankenkassen selbst, sondern für alle einheitlich

vom Gesundheitsministerium bestimmt werden. Der Beitragssatz entfällt damit als Preissignal im Kassenwettbewerb. Trotz Risikostrukturausgleich streuen sie derzeit immerhin zwischen 11,8 und 14,6% (Stand: Januar 2006). Ob aber die Beitragsbemessung auf Gehälter und gesetzliche bzw. betriebliche Altersbezüge beschränkt bleibt oder die Beitragsbemessungsgrenze steigt oder gänzlich fallen soll, darüber schweigen sich die Koalitionäre bislang aus. So würde zum Beispiel der Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze beim Arbeitgeberbeitrag, also die Einführung einer Lohnsummensteuer, die Unternehmen mit rund 3,5 Mrd. € pro Jahr zusätzlich belasten. Damit gerieten nicht nur die hoch qualifizierten Jobs unter weiteren Abwanderungsdruck.

Steuerzuschuss. Ab 2008 sollen Steuermittel in den Fonds fließen, um damit versicherungsfremde Leistungen wie die beitragsfreie Absicherung der Kinder zu finanzieren. Abgesehen von der grundsätzlichen Frage, ob die Beitragsfreiheit der Kinderversicherung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, träumen einige Koalitionäre noch immer davon, die privat Krankenversicherten an der Finanzierung der GKV zu beteiligen, aber vom Leistungsanspruch auszuschließen. Neben den verfassungsrechtlichen Bedenken scheint der Gleichbehandlungsgrundsatz trotz aller Lippenbekenntnisse keinen Wert mehr in der Sozialpolitik zu haben. Dabei ist ein Steuerzuschuss derzeit ohnehin auf maximal 3 Mrd. € beschränkt – die Absicherung der Kinder würde aber einschließlich der privat Versicherten rund 16 Mrd. € kosten.

Zusatzprämie. Statt über die Beitragssätze sollen die Kassen zukünftig über eine kassenindividuell festzusetzende Zusatzprämie konkurrieren. Die dürfen sie nämlich erheben, wenn die Zuweisungen aus dem Fonds nicht ausreichen, um die Ausgaben zu decken. Dieses Preissignal dürfte aber zu niedrig ausfallen, um den Wettbewerb anzuheizen. Zum einen darf die Prämienhöhe nicht mehr als 1% des Haushaltseinkommens übersteigen, und insgesamt müssen 95% der Gesundheitsausgaben aus Fondsmitteln finanziert werden. Zum anderen wird die Miniprämie wahrscheinlich als prozentualer Aufschlag konzipiert. Der Zusammenhang von Leistungsanspruch und Finanzierungsbeitrag bliebe also verschleiert, weil auch der prozentuale Aufschlag einen steuerähnlichen Charakter aufweist. Am Ende schafft die Zusatzprämie vor allem mehr Verwaltungsaufwand, weil jede einzelne Krankenkasse das Inkasso zusätzlich organisieren muss.

Wettbewerb. Allerdings versprechen sich die Koalitionäre mehr Wettbewerb durch zahlreiche Einzelmaßnahmen. So müssen alle Kassen zukünftig auch einen Hausarztтарif anbieten. Ob der tatsächlich effizienter ist als die freie Arztwahl und ob nicht andere, bislang unentdeckte Versorgungsformen größere Vorteile bieten, weiß bis heute niemand. Auch sollen die niedergelassenen Ärzte eigene Honorarvereinbarungen abweichend von den zentral verhandelten Ergebnissen der kassenärztlichen Vereinigung treffen dürfen. Wel-

cher Arzt mag aber so töricht sein, auf Honorare zu verzichten, wenn ihm sein Vertragspartner nicht ein höheres Patientenaufkommen garantieren kann, weil der Gesetzgeber an der kostenlos gewährten freien Arztwahl festhält? Auch die unselige Budgetierung soll entfallen und durch feste, diagnosebezogene Leistungssätze ersetzt werden. Hurra, das Ende der zentralen Lenkung? Mitnichten, denn gleichzeitig wollen die Koalitionäre eine Mengensteuerung einführen. Während bisher nur das Gesamtvolumen budgetiert wurde, wird zukünftig der einzelne Praxisumsatz reglementiert, da Preise und Mengen durch den Gesetzgeber und die von ihm beauftragten Selbstverwaltungsorgane festgelegt werden. Für den Patienten drohen Warteschlangen und Qualitätsverschlechterungen, denn unter solchen Bedingungen wird der gut ausgebildete Nachwuchs erst Recht das Weite suchen. Selbst das Bekenntnis zu einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bleibt ein Lippenbekenntnis, wird den Kliniken doch die Konkurrenz zu den niedergelassenen Praxen untersagt.

Unterm Strich haben die Gesundheitspolitiker das Entscheidende vergessen: Wettbewerb führt nur dann zu mehr Effizienz, wenn den Versicherten nicht nur Wahlmöglichkeiten eröffnet werden, sondern wenn sie auch die finanzielle Verantwortung für ihre Entscheidung tragen. Doch um diese Konsequenz drückt sich das politische Berlin seit Jahr und Tag und verfährt stattdessen nach dem Prinzip »mehr desselben«¹. Die jahrzehntelange Erfolglosigkeit der zentralen Lenkung im Gesundheitswesen wird nur als Beleg dafür genommen, sich bislang nicht genügend angestrengt zu haben, sprich »mehr desselben«, mehr an staatlicher Regulierung zu versuchen. Dass zentrale Lenkung unter veränderten Bedingungen versagen kann oder zu keinem Zeitpunkt eine geeignete Lösung war, diese Möglichkeiten dürfen in keinem Fall in Betracht gezogen werden. Denn das Problem könnte am Ende gelöst werden.

¹ P. Watzlawick, *Anleitung zum Unglücklichsein*, 2. Auflage, München Zürich 2005.