

# Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas

Von Thomas Gerlinger, Kai Mosebach und Rolf Schmucker

Die jüngste Gesundheitsreform ist in vollem Gange. Nachdem der Bundestag im Februar 2007 das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) beschlossen hat, werden dessen einzelne Bestandteile nach und nach wirksam.

Ein Kernstück der Reform, der Gesundheitsfonds, tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Eine wichtige Entscheidung über dessen Ausgestaltung steht indes noch aus: Bis zum 1. November 2008 wird die Bundesregierung die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen festlegen. Die Hauptakteure im Konflikt um die Einführung des Gesundheitsfonds, die Bundesregierung und die Krankenkassen, beurteilen dieses neue Instrument höchst kontrovers: Während die Bundesregierung mehr Wettbewerb zum Wohle der Patientinnen und Patienten, weniger Bürokratie, eine effizientere Krankenversorgung und eine gerechtere Finanzierung verspricht, befürchten die Krankenkassen einen Trend zur Einheitskasse, wachsende staatliche Einflussnahme auf das Gesundheitswesen, eine Zunahme der Bürokratie, Gefahren für eine hochwertige Krankenversorgung und neue Schieflagen bei der Finanzierung der GKV. Was verändert sich nun im kommenden Jahr, und in welche Richtung entwickelt sich das deutsche Gesundheitswesen mit der Einführung des Gesundheitsfonds?

Blicken wir kurz zurück: Die Parteien der großen Koalition hatten sich im letzten Bundestagswahlkampf für unterschiedliche Konzepte zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung stark gemacht: CDU und CSU favorisierten eine einkommensunabhängige Kopfpauschale bei gleichzeitiger Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV, fortbestehender Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) und steuerfinanzierten Zuschüssen für Geringverdiener. Demgegenüber forderte die SPD eine Bürgerversicherung, die auf eine Konvergenz von GKV und PKV hinausläuft – ja langfristig sogar zur Aufhebung der privaten Krankenversicherung als Krankheitsvollversicherung führen könnte –, an der gemeinsamen Finanzierung der arbeitseinkommensbezogenen Beiträge durch Versicherte und Arbeitgeber festhält und neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung berücksichtigt. Da beide Konzepte nur schwer miteinander vereinbar sind, einigten sich die Koalitionsparteien mit dem Gesundheitsfonds auf einen Kompromiss, der keines der beiden Modelle festschreibt,

für Konservative wie Sozialdemokraten aber einen institutionellen Rahmen bietet, von dem aus in der nachfolgenden Legislaturperiode das jeweils bevorzugte Modell implementiert werden kann.

Nun fließen also ab 2009 die Beiträge nicht mehr direkt an die einzelnen Krankenkassen, sondern in einen gemeinsamen Topf. Der Beitragssatz wird künftig nicht mehr von der einzelnen Krankenkasse festgelegt, sondern für alle Kassen einheitlich von der Bundesregierung. Die Beitragseinnahmen dieses Gesundheitsfonds werden durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss ergänzt, der bis 2014 auf 14 Mrd. Euro ansteigen soll, also auf immerhin knapp zehn Prozent des Ausgabenvolumens im Jahr 2007. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds einen festen Betrag je Versichertem und einen Risiko-Zuschlag, für dessen Höhe Alter und Geschlecht der Versicherten sowie – das ist neu – bestimmte Krankheitsmerkmale maßgeblich sind.

Kann eine Krankenkasse ihre Ausgaben mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht mehr decken, muss sie entweder die kassenspezifischen Leistungen kürzen oder einen Zusatzbeitrag erheben, der allein von den Versicherten – und nicht vom Arbeitgeber – aufgebracht wird. Der Zusatzbeitrag kann pauschal oder prozentual zum Einkommen erhoben werden und soll – zumindest bislang – ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht überschreiten (derzeit wären dies bis zu 36 Euro pro Monat, da die Beitragsbemessungsgrenze bei 3600 Euro liegt). Allerdings wird eine Einkommensprüfung erst ab einem monatlichen Zusatzbeitrag von mehr als acht Euro vorgenommen. Wer weniger als 800 Euro verdient, kann also durchaus mit mehr als einem Prozent seines Einkommens belastet werden. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einführt oder anhebt, steht dem Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zu, auf das ihn die Kasse hinweisen muss. In diesem Fall kann der Versicherte die Krankenkasse sofort wechseln.

Zum Start des Gesundheitsfonds soll dieser die Ausgaben der GKV zu 100 Prozent finanzieren. Sollten die Ausgaben danach die Einnahmen übersteigen, müssen die Krankenkassen das Defizit zunächst durch die Einführung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die Versicherten decken. Die Summe aller Zusatzbeiträge kann auf bis zu fünf Prozent der GKV-Gesamtausgaben steigen – der Deckungsgrad durch den Gesundheitsfonds also auf 95 Prozent sinken. Erst wenn dieser Wert überschritten wird, ist eine Anhebung des gemeinsam von Versicherten und Arbeitgebern finanzierten Beitragssatzes vorgesehen.

### **Die soziale Schieflage des Gesundheitsfonds**

Der Gesundheitsfonds stellt zwar einen neuen organisatorisch-institutionellen Rahmen für die GKV-Finanzierung dar, nimmt aber, sieht man einmal vom steuerfinanzierten Bundeszuschuss ab, keine grundlegenden Veränderungen am bisherigen Finanzierungsmodus vor: Von einer An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze oder der Beitragsbemessungsgrenze sieht er ebenso ab wie von einer Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Beitrags-

bemessung. Daher trägt der Fonds nicht zur Lösung der Einnahmeprobleme in der GKV bei.

Auch wenn sich die SPD zugute hält, dass die jüngste Gesundheitsreform keine neuen finanziellen Belastungen oder Leistungseinschränkungen für die Versicherten mit sich bringe und die bisherige gemeinsame Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten bleibe, so ist doch absehbar, dass sich die Finanzierungslasten mittelfristig weiter von den Arbeitgebern auf die Versicherten verlagern werden.<sup>1</sup> Denn man darf annehmen, dass es nicht allzu lange dauern wird, bis sich eine neue Kluft zwischen Einnahmen und Ausgaben in der GKV auftut, und für diesen Fall beinhaltet die Konstruktion des Zusatzbeitrags einen Automatismus, der genau jene Wirkung herbeiführt.

Auf der Ausgabenseite ist aus unterschiedlichen Gründen ein Anstieg zu erwarten. Gesundheitsleistungen lassen sich als persönliche Dienstleistungen, vor allem in der Krankenpflege, nicht so stark rationalisieren wie andere Tätigkeiten und werden sich daher – ceteris paribus – verteuern. Dieser Mechanismus wird verstärkt durch Expansionstendenzen auf der Angebots- (medizinischer Fortschritt) und der Nachfrageseite (alternde Bevölkerung) – auch wenn diese Entwicklungen keineswegs jene Dramatik annehmen, die von interessierter Seite immer wieder beschworen wird.<sup>2</sup> Zugleich wird die prognostizierte Konjunkturertrübung zumindest zu einer Dämpfung, wenn nicht gar zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen führen. De facto wird dann mit dem allein von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag die alte Forderung von Union und Arbeitgebern nach einem Einfrieren des Arbeitgeberanteils an den GKV-Beiträgen erfüllt.

Zudem steht in den Sternen, ob die Bundesregierung tatsächlich den Beitragssatz anhebt, wenn die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge die Fünf-Prozent-Schwelle erreicht haben wird. Denn es ist ein Leichtes, den gesetzlich vorgeschriebenen Deckungsanteil des Gesundheitsfonds beim Erreichen des Schwellenwerts von 95 Prozent weiter zu senken und den der Zusatzbeiträge zu erhöhen. Es bedarf jedenfalls keiner blühenden Phantasie, um sich vorzustellen, dass in diesem Fall das Standortargument für die Forderung bemüht wird, das Finanzierungsdefizit nicht durch eine Anhebung des Beitragssatzes, sondern der Zusatzbeiträge zu decken.

Mit der Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes wird künftig der Zusatzbeitrag zum zentralen Parameter der Kassenkonkurrenz. Davon erhofft man sich eine Intensivierung des Wettbewerbs, denn die absolute Höhe des Zusatzbeitrags – so die Erwartung – stellt ein eindeutigeres Preissignal dar als der vielfach unbekannte Beitragssatz.

Dabei führt die Beschränkung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des Bruttoeinkommens zu beträchtlichen Fehlsteuerungen. Denn gerade die Krankenkassen mit einem hohen Anteil einkommensschwacher Mitglieder geraten

1 Vgl. Thomas Gerlinger, Kai Mosebach und Rolf Schmucker, Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen. Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie 2007-1, Frankfurt a. M. 2007.

2 Vgl. z.B. Gerd Bosbach und Klaus Bingler, Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen? Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft, in: „Soziale Sicherheit“, 1/2008, S. 5-11.

dann in große Schwierigkeiten. Dies lässt sich am Beispiel der Ortskrankenkassen mit dem höchsten und dem niedrigsten Durchschnittseinkommen gut veranschaulichen – der AOK Baden-Württemberg und der AOK Mecklenburg-Vorpommern.<sup>3</sup> Bei einem Defizit, das einen rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag von zehn Euro pro Monat erfordert, würden bei der AOK Baden-Württemberg bereits 37,4 Prozent der Mitglieder unter die sogenannte Überforderungsklausel fallen, bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern sogar 72,3 Prozent. Um das Defizit decken zu können, müssten in Baden-Württemberg 11,73 Euro erhoben werden, in Mecklenburg-Vorpommern 41,66 Euro – womit bereits der zulässige Höchstbetrag von 36 Euro überschritten wäre. Zudem fielen dann auch alle Mitglieder unter die Überforderungsklausel. Die dortige AOK wäre somit gar nicht in der Lage, ihr Defizit über den Zusatzbeitrag zu decken.

Der beschlossene Zusatzbeitrag benachteiligt also systematisch Krankenkassen mit einem hohen Anteil von Geringverdienern. Diese werden gezwungen sein, den Zusatzbeitrag stärker anzuheben als Krankenkassen mit vielen Besserverdienenden. Genau aus diesem Grund schafft dieses Instrument neue Anreize zur Selektion „guter Risiken“: Krankenkassen müssen weiterhin daran interessiert sein, möglichst viele Mitglieder mit hohem Einkommen – die im Übrigen auch, wie die sozialepidemiologische Forschung zeigt, einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand aufweisen – an sich zu binden.<sup>4</sup>

### **Bundeseinheitlicher Beitragssatz: Gewinner und Verlierer**

Die bevorstehende Festsetzung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ruft bereits seit Monaten heftige Reaktionen in Politik und Medien hervor. Klar ist, dass der bundeseinheitliche Beitragssatz ab 2009 deutlich über dem bisherigen durchschnittlichen Beitragssatz aller Krankenkassen liegen wird. Dies wird immer wieder zum Anlass genommen, den Gesundheitsfonds zu kritisieren und seine Rücknahme zu fordern. Allerdings hat diese Anhebung nichts mit der Einführung des Gesundheitsfonds zu tun – und dennoch macht er die Krankenversicherung für rund die Hälfte der Kassenmitglieder teurer.

Dieser scheinbare Widerspruch löst sich auf, wenn man sich die gegenwärtigen Beitragssätze in der GKV in Erinnerung ruft. Im Frühjahr 2008 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz 13,95 Prozent – ohne den 2003 eingeführten Sonderbeitrag aller Versicherten in Höhe von 0,9 Prozent.<sup>5</sup> Jeweils rund die Hälfte der Kassenmitglieder liegt unter bzw. über diesem Beitrags-

3 Vgl. Dorothee Schawo und Werner Schneider, Die Wirkungen der Härteregeleung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung. Eine statistische Simulationsanalyse, AOK Bundesverband, August 2006.

4 Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern 2005.

5 Diese und die nachfolgenden Zahlen sind, sofern nicht anders vermerkt, entnommen aus: Bundesministerium für Gesundheit, Gesetzliche Krankenversicherung: Allgemeiner Beitragssatz 1991 bis 2007, März 2008 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1); [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de).

satz. Die Beitragssatzspanne zwischen den Krankenkassen ist erheblich. Zurzeit erhebt die günstigste Krankenkasse 11,3 Prozent, die teuerste 16 Prozent. Wenn nun ein bundeseinheitlicher Beitragssatz eingeführt wird, liegt es auf der Hand, dass es Verlierer und Gewinner geben muss. Verlierer werden vor allem die Mitglieder der Betriebs- und der Innungskrankenkassen sein, von denen 88,1 bzw. 65,6 Prozent im Frühjahr 2008 unter dem durchschnittlichen Beitragssatz lagen. Unter den großen Ersatzkassen zählen die Versicherten der Techniker Krankenkasse zu den Verlierern. Gewinner werden vor allem die Versicherten der Ortskrankenkassen sein, insbesondere derjenigen in wirtschaftlich schwächeren Bundesländern (79 Prozent aller AOK-Versicherten zahlen einen überdurchschnittlichen Beitragssatz).

Dagegen, dass es bei einem bundeseinheitlichen Beitragssatz Verlierer und Gewinner gibt, ist aus der Perspektive einer solidarischen Krankenversicherung nichts einzuwenden, denn diejenigen, die bisher noch in einer günstigeren Kasse versichert sind, profitieren davon, dass der Gesundheitszustand ihrer jeweiligen Versichertengemeinschaft überdurchschnittlich gut und der Behandlungsbedarf daher vergleichsweise gering ist. Durch die auseinanderklaffenden Beitragssätze ergeben sich erhebliche Unterschiede in den finanziellen Belastungen für die Versicherten: Bei einem Bruttoeinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 3600 Euro im Jahr 2008 zahlt ein Arbeitnehmer in der günstigsten Kasse einen Monatsbeitrag von 235,80 Euro, in der teuersten 320,40 Euro. Sein Beitrag ist also um 36 Prozent höher, und die absolute Differenz beläuft sich, aufs Jahr gerechnet, allein beim Arbeitnehmerbeitrag auf 1015,20 Euro – und zwar bei einem nahezu identischen Leistungskatalog.

Bringt die bloße Einführung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes also eine gewisse Umverteilung zwischen den Krankenkassen mit sich, so wird dessen Höhe durch den Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenkassen bestimmt. Dieser Finanzbedarf wird sich 2009 beträchtlich erhöhen: Es werden Mehrausgaben von rund acht Mrd. Euro entstehen, denen Mehreinnahmen in noch nicht genau zu beziffernder Höhe gegenüberstehen. Der zusätzliche Finanzbedarf lässt sich auf etwa 0,5 bis 0,8 Prozentpunkte des Beitragssatzes beziffern und geht vor allem zurück auf höhere Kosten für Arzthonorare, Krankenhausbehandlung und Arzneimittel. Insofern steht ohnehin eine Erhöhung der Beitragssätze an: Bereits bei einem zusätzlichen Finanzbedarf von 0,5 Prozentpunkten würde der Anteil derjenigen GKV-Mitglieder, die ab 2009 eine Beitragserhöhung hinnehmen müssen, auf 72,5 Prozent steigen; bei 0,8 Prozentpunkten wären es sogar 93,8 Prozent.

Wenn die Krankenversicherung für die große Mehrheit der Kassenmitglieder vom 1. Januar 2009 an teurer wird, so ist dies also auf das Zusammentreffen von zwei unterschiedlichen Mechanismen zurückzuführen: Zum einen verliert rund die Hälfte der Versicherten einen Vorteil, der aus der Perspektive einer solidarischen Krankenversicherung nicht zu rechtfertigen ist. Zum anderen werden für alle Versicherten Ausgabensteigerungen wirksam, die in keinem ursächlichen Zusammenhang zum neuen Finanzierungsmodus stehen.

## Chronisch Kranke weiterhin als Wettbewerbsnachteil

Von zentraler Bedeutung für das GKV-Ordnungsmodell und die Handlungsanreize der Krankenkassen ist der Risikostrukturausgleich (RSA), auch wenn er in der Öffentlichkeit nicht so viel Aufmerksamkeit auf sich zieht wie die Beitragssatzentwicklung. Beim RSA handelt es sich um ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen, das die unterschiedlichen Finanzierungsrisiken ausgleichen soll. Denn die Ausgangspositionen der Gesetzlichen Krankenkassen sind sehr unterschiedlich. So wies beispielsweise die Techniker Krankenkasse im Jahr 2005 Beitragseinnahmen von 2921 Euro und Leistungsausgaben von 2388 Euro je Versicherten auf, bei der AOK-Gemeinschaft standen 2323 Euro Einnahmen 3241 Euro Ausgaben gegenüber.<sup>6</sup> Diese Differenzen ergeben sich im Wesentlichen aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaft.

Die Funktion des RSA sollte darin bestehen, die unterschiedlichen Ausgangspositionen der Kassen auszugleichen und den Wettbewerb um „gute Risiken“ – also Versicherte mit hohem Einkommen und geringem Erkrankungsrisiko – zu vermeiden. Berücksichtigt wurden dabei bisher nur sogenannte indirekte Krankheitsindikatoren (beispielsweise Alter und Geschlecht), nicht aber die Krankheiten (Morbidity) ihrer Versicherten selbst. Daher haben die Krankenkassen in der Vergangenheit eher durch eine Selektion guter Risiken als durch eine Verbesserung von Versorgungsstrukturen und -effizienz versucht, sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen.

Nun ist erstmals die direkte Berücksichtigung von Erkrankungen bei der Finanzmittelzuweisung an die Kassen vorgesehen. Dieser „morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ („Morbi-RSA“) tritt gemeinsam mit dem Gesundheitsfonds in Kraft. Das Bundesversicherungsamt hat mittlerweile 80 Krankheiten festgelegt, für deren Behandlung die Krankenkassen pro Kopf mindestens 50 Prozent mehr als im Durchschnitt für ihre Versicherten aufwenden. Diese Krankheiten sollen besonders schwerwiegend sein, chronisch verlaufen und besonders hohe Aufwendungen erfordern. Krankenkassen, die viele Personen mit derartigen Krankheiten versichern, erhalten also einen entsprechend höheren Betrag aus dem Fonds. Diese Regelung sieht jedoch nur eine partielle Berücksichtigung der Morbidity vor; die Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten ist rein sachlich ebenso wenig zu begründen wie die Nichtberücksichtigung von Krankheiten, deren Kosten den Durchschnitt um weniger als 50 Prozent überschreiten. Beide Entscheidungen sind vielmehr Ausdruck eines politischen Kompromisses.

Schon aufgrund dieser gesetzlich vorgesehenen Beschränkungen ist bereits jetzt klar, dass der künftige Morbi-RSA nur einen Teil der Finanzierungsrisiken ausgleichen wird. Die Finanzsituation der Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil chronisch Kranker wird sich also gegenüber den Konkurrenten etwas verbessern, aber sie werden dennoch gezwungen sein, den erwähnten Zusatzbeitrag früher zu erheben und stärker anzuheben

6 Vgl. Gerlinger/Mosebach/Schmucker, a.a.O., S. 14.

als andere und sind daher weiterhin strukturell benachteiligt. Denn grundsätzlich ist die Frage, ob der Finanzbedarf über einen Zusatzbeitrag gedeckt werden muss, nicht in erster Linie von der wirtschaftlichen Effizienz der Kasse abhängig, sondern von ihrer Versichertenstruktur. Anreize zur Risikoselektion werden also für alle Krankenkassen fortbestehen.

Darüber hinaus hat die Diskussion über die konkrete Ausgestaltung des RSA grundsätzliche Probleme zutage gefördert, die auch mit einem Morbi-RSA verbunden sind. So geht aus einem Gutachten zur Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten, das der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes erstellt hat, hervor, dass die Kostenhomogenität bei der Versorgung einzelner Krankheiten vergleichsweise gering ist.<sup>7</sup> Demzufolge unterschritten immerhin 15,9 Prozent der Versicherten, die an einer der 80 besonders teuren Krankheiten litten, den Schwellenwert von 150 Prozent der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben (2422,40 Euro pro Jahr) für alle Versicherten. Gleichzeitig überschritten 34,5 Prozent der Versicherten, die an keiner der 80 Krankheiten litten, den fraglichen Schwellenwert. Dies bedeutet, dass Krankenkassen für zahlreiche Versicherte zusätzliche Finanzmittel aus dem Fonds erhalten, obwohl die betreffenden Krankheitskosten unterhalb des Schwellenwerts liegen; umgekehrt erhalten sie für andere Versicherte, deren Behandlungskosten über dem Schwellenwert liegen, keine Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds. Daran lässt sich ein grundsätzliches Problem bei der Anwendung von Wettbewerbsmechanismen im Gesundheitswesen erkennen: Gesundheitliche Versorgungsprozesse lassen sich mit Hilfe ökonomischer Anreize nicht zielgenau steuern. Fehlsteuerungen werden also auch nach der Einführung eines Morbi-RSA in beträchtlichem Umfang fortbestehen. Allerdings sind die getroffenen Maßnahmen immerhin insofern ein Schritt in die richtige Richtung, als sie mit Blick auf die berücksichtigten Krankheiten das Interesse der Krankenkassen an einer negativen Risikoselektion verringern.

### **Wettbewerb um Qualität?**

Dennoch dürfte die Einführung des Gesundheitsfonds den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter verschärfen. Allerdings ist davon auszugehen, dass dabei nicht der Qualitäts-, sondern der Preiswettbewerb im Vordergrund stehen wird. Die Krankenkassen werden künftig alles daran setzen, die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden, weil ein solcher Schritt einen Verlust an Mitgliedern und Reputation nach sich ziehen würde. Daher dürfte beispielsweise die Streichung kassenspezifischer Leistungen im Zweifelsfall einer Einführung oder Anhebung des Zusatzbeitrages vorgezogen werden.

Des weiteren werden die Krankenkassen bestrebt sein, den ökonomischen Druck an die Leistungsanbieter – also Ärzte und Krankenhäuser – weiterzugeben, indem sie beispielsweise Vergütungsverträge abschließen, die für die

7 Wissenschaftlicher Beirat des Bundesversicherungsamtes, Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Bonn 2007.

Leistungsanbieter finanzielle Anreize zur Ausgabenbegrenzung beinhalten. Bereits die Reformen der letzten Jahre haben entsprechende Optionen für die Krankenkassen beständig erweitert. Je höher der Versichertenanteil der Krankenkasse und damit ihre Nachfragemacht und Steuerungsfähigkeit ist, desto eher wird es ihr gelingen, die Verträge im eigenen Interesse zu gestalten. Dies wird auch den Fusionsdruck unter den Krankenkassen verstärken und in den nächsten Jahren zu einer drastisch sinkenden Zahl an Krankenkassen führen.

Zwar haben die Kassen in jüngerer Zeit verstärkt auch Qualitätsaspekte in die vertraglichen Vereinbarungen mit Leistungsanbietern aufgenommen. Allerdings sind kaum Gründe erkennbar, weshalb die Kassen im Zweifelsfall der Qualitätsverbesserung den Vorrang vor Einsparungen geben sollten. Zudem haben finanzielle Anreize zur Leistungsbegrenzung (Pauschalvergütungen, Budgets) für Ärzte und Krankenhäuser im Versorgungsalltag eine erhebliche Bedeutung. Informelle Rationierungen – also die Vorenthaltung von medizinisch notwendigen Kassenleistungen durch den Arzt oder deren Erbringung auf Privatrechnung – spielen eine wachsende Rolle, auch wenn sich über die Verbreitung solcher Praktiken keine genauen Angaben machen lassen.

Die Versicherten selbst haben kaum die Möglichkeit, diesen Trends wirksam zu begegnen. Für sie hat die Höhe des Beitragssatzes und künftig des Zusatzbeitrags eine zentrale Orientierungsfunktion bei der Kassenwahl. Als Patienten und (zumeist) Laien können sie die Versorgungsqualität in den meisten Fällen nicht wirklich beurteilen. Zwar sind mittlerweile deutlich mehr Informationen über die Qualität von Versorgungseinrichtungen – insbesondere von Krankenhäusern – verfügbar; diese sind jedoch für Patienten häufig unverständlich, und es ist zudem höchst fraglich, inwiefern diese Informationen wirklich aussagekräftig sind, da die Daten von den Einrichtungen selbst produziert werden. Außerdem ist der Zugang zu solchen Informationen stark abhängig vom Sozial- und Bildungsstatus sowie vom Alter der Patienten. Diejenigen, die am dringendsten auf Informationen über die Versorgungsqualität angewiesen sind, werden in der Regel durch neue Formen der Informationsvermittlung (Internet, Rankings, Verbraucherberatung etc.) besonders schlecht erreicht.

### **Mehr Staat für mehr Wettbewerb**

Die Einführung des Gesundheitsfonds und der ihn begleitenden Maßnahmen stellt insgesamt auf einen weiteren Bedeutungszuwachs von Wettbewerbsmechanismen in der GKV ab. Insofern steht diese Reform trotz des institutionellen Umbruchs, den sie mit sich bringt, ganz in der Kontinuität der Reformgeschichte seit 1992.

Gleichzeitig ist aber unübersehbar, dass der Staat seinen Einfluss auf die GKV spürbar ausweitet. Insbesondere wird dies in der künftigen Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung deutlich, mit der den Krankenkassen ihre bisher wohl wichtigste Gestaltungscompetenz entzogen wird.



Mit den ausgeweiteten Regulierungskompetenzen und der erhöhten Regulierungsdichte betätigt sich der Staat als politischer Architekt der Marktconstitution im Gesundheitswesen. Er definiert die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs und spinnt ein feines Netz regulativer Vorgaben, die sicherstellen sollen, dass das Handeln der als egoistisch-rationale Wirtschaftssubjekte konzipierten Akteure, allen voran Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser, mit den staatlicherseits definierten Zielen kompatibel ist. Im Vordergrund steht dabei die Begrenzung des Finanzrahmens, oder besser: die Begrenzung oder Senkung der Arbeitgeberbeiträge zur GKV. Ein wachsender Einfluss des Staates, insbesondere des Bundes, und eine Zentralisierung von Steuerungskompetenzen lassen sich aber auch auf anderen Feldern feststellen, beispielsweise der Qualitätssicherung oder der Vergütung.

Die Intensivierung staatlicher Regulierung soll also den Wettbewerb in der GKV erst ermöglichen. Unter dem staatlich vorgegebenen Finanzdeckel erhalten die Krankenkassen nämlich zugleich neue Möglichkeiten des Wettbewerbs. Dazu zählen unter anderem die Optionen zum Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern, aber auch differenzierte Finanzierungsmodalitäten gegenüber den Versicherten (beispielsweise Wahltarife). Von einem Weg in die „Staatsmedizin“ oder zu einer Einheitskasse, wie bisweilen zu hören ist, kann also keine Rede sein. Im Gegenteil: Es wird künftig gleichzeitig mehr Wettbewerb und mehr Staat im Gesundheitswesen geben. Dies freilich wirft auch die – hier nicht zu erörternde – Frage nach der Zukunft der Selbstverwaltung in der GKV auf.

### **Weitere Verlagerung der Finanzierungslasten auf die Versicherten**

Die in der aktuellen Diskussion aufgeführten Argumente gegen den Gesundheitsfonds gehen am Kern der Sache vorbei: Weder führt der Gesundheitsfonds zu Ausgabensteigerungen in der GKV noch setzt er durch den bundeseinheitlichen Beitragssatz dem Wettbewerb im Gesundheitswesen ein Ende.

Das heißt jedoch nicht, dass es keine guten Gründe gegen die Einführung des Gesundheitsfonds gäbe. Denn der Gesundheitsfonds trägt nichts zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der GKV bei: Weder stellt er die Finanzierung der GKV auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage, noch beseitigt er die Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Weder wird die Versicherungspflichtgrenze beseitigt oder die Beitragsbemessungsgrenze erhöht noch werden andere Einkunftsarten zur Beitragsbemessung herangezogen. Vielmehr beinhaltet der Fonds mittelfristig eine weitere Verlagerung der Finanzierungslasten von den Arbeitgebern auf die Versicherten, denn diese allein müssen auftretende Defizite der Krankenkassen über den Zusatzbeitrag zunächst tragen. Zwar stellt die Einführung von Elementen eines Morbi-RSA einen wichtigen Fortschritt dar; dessen Konstruktion bleibt allerdings unzureichend und auch nach seiner Einführung werden starke Anreize zur Risikoselektion fortbestehen. Die Konstruktion des Zusatzbeitrags und die nur partielle Berücksichtigung der Morbidität bei der

Finanzmittelzuweisung werden die Krankenkassen mit einem hohen Anteil an einkommensschwachen Mitgliedern weiterhin strukturell benachteiligen.

### **Auf dem Weg zur Bürgerversicherung?**

Weitere grundsätzliche Entscheidungen über die Finanzierung der GKV sind auf die kommende Legislaturperiode verschoben, und selbstverständlich hängt die Richtung, die dann eingeschlagen werden wird, stark von den künftigen politischen Mehrheitsverhältnissen ab. Hinter den Schlagworten „Kopfpauschale“ und „Bürgerversicherung“ verbergen sich konträre Vorstellungen darüber, welche gesellschaftlichen Gruppen in welchem Umfang zur Finanzierung des Gesundheitssystems herangezogen werden sollen. Eine dauerhaft stabile und dabei sozial gerechtere Finanzierung der GKV verlangt die Einführung einer Bürgerversicherung. Die weitgehende Beschränkung auf die Erwerbsarbeit als Einkommensquelle der GKV ist angesichts einer sinkenden Lohnquote nicht mehr tragfähig. Zugleich lassen sich die Privilegien der Privatversicherten und die Nichtberücksichtigung anderer Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung sozialpolitisch nicht rechtfertigen.

Die jüngste Gesundheitsreform beinhaltet bekanntlich auch einige Elemente, die man als Ausdruck einer Annäherung zwischen GKV und PKV interpretieren kann und in denen manche sogar Vorbereitungen für eine Bürgerversicherung sehen. Dazu zählt die generelle Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger sowie der Einbau solcher Elemente in die beiden Systeme, die dem jeweils anderen entnommen sind: Wahltarife in der GKV, ein Basistarif in der PKV. Sofern sich Konvergenztendenzen ablesen lassen, geht mit ihnen somit eine weitere Privatisierung von Risiken für die gesetzlich Krankenversicherten einher. Damit unterscheiden sie sich aber erheblich von dem Konzept einer *solidarischen* Bürgerversicherung, denn für diese ist nicht nur die Schaffung eines *einheitlichen* Krankenversicherungssystems, sondern auch eine *umfassende* Absicherung des Krankheitsrisikos konstitutiv. Allerdings stehen die Chancen, dass es zu einer solchen solidarischen Bürgerversicherung kommt, nicht sonderlich gut.