

# Das GKV-System – mehr Effizienz durch noch mehr Wettbewerb?

Entgegnung auf Jürgen Wasem und die Autoren des FES-Papiers

Von Rolf Rosenbrock

Das Papier der Friedrich-Ebert-Stiftung, auf dem der Beitrag von Jürgen Wasem beruht, unterscheidet sich in einem wohltuend von der Masse der Programmpapiere im Wahljahr: Es belästigt uns nicht mit der üblichen – falschen – Diagnose einer „Kostenexplosion“, und es verschont uns mit der – empirisch nicht fundierten – Horrorvision, dass zunehmende Alterung und technischer Fortschritt das GKV-System spätestens übermorgen unbezahlbar machen.

Statt dessen geht es von der zutreffenden Diagnose aus, dass „die bestehenden Strukturen, Institutionen und Instrumente ... zunehmend ineffizient (werden)“, und dass die daraus resultierenden „Qualitätsprobleme ohne Versagen auch der Selbstverwaltung nicht (hätten) entstehen können“. Zu Recht gehen die Autoren davon aus, dass das GKV-System mit seinen ehr- und verteidigungswürdigen zivilisatorischen Errungenschaften überleben kann, wenn die im Kern des Problems liegenden Steuerungsprobleme überwunden werden (Rosenbrock 2002). Was sie allerdings als Lösung vorschlagen, erinnert an einen Süchtigen, der als Reaktion darauf, dass ihm sein Suchtmittel nicht bekommt, vor allem nach „mehr vom Gleichen“ verlangt.

Und das geht so: Seit Anfang der 90er Jahre wurden die gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetzgeber Schritt für Schritt in die Rolle miteinander ökonomisch konkurrierender Marktsubjekte überführt. Trotz Risikostrukturausgleich (RSA) (der nur die Einnahme-Unterschiede, nicht aber die unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten ausgleicht) und Abschlusszwang konkurrieren die Kassen nicht primär um mehr Qualität in der Versorgung chronisch Kranker, um den Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung oder einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen. Vielmehr zeigt sich, dass der Satz: „Institutionen werden nicht von Philosophien, sondern von Anreizen geformt“ auch für Krankenkassen gilt: Das kassenpolitisch und –ökonomisch entscheidende Wettbewerbsfeld ist die Risikomischung. Mit immer aus-

gefeilteren Strategien werben sie um Mitglieder, die mehr Beiträge einbringen als ihre Versorgung kostet (positive Deckungsbeiträge, gute Risiken, Rosinenpicken).

Das ist ökonomisch rational: Für die Versorgung von ca. 90 % aller Versicherten müssen insgesamt nur ca. 20 % der Gesamtkosten (für Krankenhaus, Arzneimittel und Krankenhaus) ausgegeben werden, für die anderen ca. 10 % werden hingegen ca. 80 % der Ressourcen benötigt. Die ‚teuersten‘ zwei Prozent verursachen ca. die Hälfte der Gesamtausgaben, und das ‚teuerste‘ Prozent verbraucht ca. 30 % der Ressourcen (Winkelhake et al. 2002). Schon geringfügige Verbesserungen in der Risikomischung können die Geschäftssituation einer Kasse deshalb wesentlich einschneidender verbessern als mühsame (und zunächst immer kostspielige, und oft erst nach mehreren Jahren ertragreiche) Versuche

der Verbesserung von Qualität, z. B. durch die gesetzlich gegebenen Möglichkeiten einer integrierten Versorgung oder eines Hausarztmodells mit entsprechenden Tarifen.

Es ist nämlich ein Ammenmärchen, dass die Etablierung dieser vom Konzept her wegweisenden Neuerungen nur wegen der Halsstarrigkeit der ‚Anbieter-Kartelle‘ (v. a. der Kassenärztlichen Vereinigungen), der unterschiedlichen Rechts- und Vergütungsformen der Leistungsanbieter oder zu starrer Vorschriften scheitert: Welchen geschäftlichen Nutzen sollte sich eine Kasse davon versprechen, wenn sie die gesetzlichen Möglichkeiten nutzt und z. B. eine gute Diabetiker-Versorgung aushandelt? Im Erfolgsfalle wäre dann zwar die Versorgung ihrer Zuckerkranken qualitativ besser und (zumindest mittelfristig) auch kostengünstiger. Aber es könnte zugleich auch ökonomisch höchst unerwünschte Folgen haben, wenn sich die Qualität herumspricht und die Krankenkassen

infolgedessen einen Zustrom an Versicherten mit Diabetes zu verkraften hätten. Denn auch ein kostengünstig versorgter Diabetiker ist immer noch wesentlich ‚teurer‘ als ein Durchschnitts-Versicherter. Bei Überlegungen von Kassen-Managern zu jeder Form der Versorgungsinnovation spielt stets die Furcht eine Rolle, im Falle des Erfolges Attraktivität bei den ‚falschen‘ (weil chronisch Kranken, und damit überproportional sozial benachteiligten) Zielgruppen zu gewinnen (so z. B. auch Oldiges schon 1999, S. 216).

Deutlich wird die Fehlsteuerung durch die Kassenkonkurrenz auch bei der Umsetzung des ‚neuen‘ § 20 SGB V, der die Kassen verpflichtet, durch Leistungen der primären Prävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen“ zu erbringen. Tatsächlich bieten die Kassen auch mehr als zwei

**Das kassenökonomische Wettbewerbsfeld ist die Risikomischung. Die Kassen werben um Mitglieder, die mehr Beiträge einbringen als ihre Versorgung kostet.**

Jahre nach Inkrafttreten kaum anderes an als die schon in den Jahren 1989 bis 1996 üblichen (und gesundheitswissenschaftlich hinlänglich kritisierten) Kursprogramme zu Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Drogengebrauch etc. Ob solche Maßnahmen gesundheitlich mittel- und langfristig wirksam sind, ist zum Teil widerlegt, zum Teil umstritten. Unumstritten ist, dass sich v. a. gesundheitlich weniger belastete Versicherte aus den Mittelschichten von diesen Angeboten angesprochen fühlen und dann auch gerne immer wieder kommen.

Das erwiesene wirksame Instrumentarium, mit dem auch überproportional Menschen aus sozial benachteiligten Lebenslagen ohne Diskriminierung gesundheitlich wirksam erreicht werden können, sind dagegen partizipativ gestaltete Projekte der Betroffenenaktivierung und Organisationsentwicklung in ‚settings‘, wie sie v. a. von den AOKen, (nicht virtuellen) BKKen und IKKen mit großem Erfolg in der betrieblichen Gesundheitsförderung schon betrieben werden (SVR 2001, Band I, Kap. 2, Band III, Kap. 11). Die Ausdehnung dieses Ansatzes z. B. auf Grund-, Haupt-, Sonder- und Berufsschulen in sozial benachteiligten Stadtteilen wäre angezeigt und machbar, ebenso vergleichbare Inter-

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, leitet am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) die Arbeitsgruppe Public Health. Er ist stellv. Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Mitglied des Sachverständigenrates für die Koordinierte Aktion im Gesundheitswesen u. a.; e-mail: rosenbrock@medea.wz-berlin.de

ventionen an sozialen Brennpunkten (*Rosenbrock* 2001). Über Vorüberlegungen sind die Kassen dabei bislang nicht hinausgekommen. Man muss kein Schelm sein, um dabei zu denken, dass dies wohl anders wäre, wenn damit ‚gute‘ und eben nicht ‚schlechte‘ Risiken zu gewinnen wären.

Auch die gegenwärtigen Versuche, noch in diesem Jahr die Qualität der Versorgung für zunächst vier chronische Erkrankungen durch ‚disease management‘-Programme zu steigern, indem für jeden darin eingeschriebenen Patienten zusätzliche Gelder aus dem RSA überwiesen werden, kranken neben der unprofessionellen

Hast bei der Einführung an den Anreizwirkungen aus der Kassenkonkurrenz: gleichgerichtetes Ziel von Kassen und Leistungserbringern wird nicht primär die Verbesserung der Versorgungsqualität sein, sondern die Maximierung der Anzahl der in diese Programme eingeschriebenen Patienten.

Die Liste der durch die Kassenkonkurrenz bedingten Fehlanreize mit gesundheitspolitisch perversen Wirkungen ließe sich verlängern. Anreize und Imperative aus der Kassenkonkurrenz um gute Risiken durchziehen metastasenhaft mittlerweile jedes Handlungsfeld bis hin zu Vertragsverhandlungen und Prüfgeschäft, und kaum jemals wirken diese Anreize in Richtung auf die gesundheitspolitischen Ziele, die auch die FES-Autoren anstreben.

Jürgen Wasem et al. folgern daraus: „Der Wettbewerb ist bisher auf halber Strecke stehen geblieben“ und sie fordern – „mehr vom Gleichen“ – die Konkurrenz auch auf die Leistungserbringer auszudehnen, indem sie den Kassen erlauben wollen, mit Ärzteguppen, Krankenhäusern etc. selektiv Verträge zu schließen. Nun ist unbestreitbar, dass die derzeitige Konstruktion mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als monopolistischem Anbieter ambulanter Versorgung und der Zwang, mit allen Krankenhäusern der von den Ländern aufgestellten Bedarfspläne Verträge abzuschließen, innovationshemmend ist und die Qualitätssicherung erschwert. Was aber würde geschehen, wenn den Vorschlägen der FES-Autoren gefolgt würde? Es würden sich – wohl eher informell, aber deshalb durchaus nicht weniger wirksam – Interessenkoalitionen zwischen Kassen, die ihre Risikostruktur optimieren wollen, und Leistungserbringern, die ebenfalls an möglichst unkomplizierten ‚Fällen‘ interessiert sind, herausbilden.

Der durch die geplante flächendeckende Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen in den Krankenhäusern gegebene Anreiz, möglichst unkomplizierte Fälle auf-

zunehmen und alle Patienten so früh wie möglich oder noch früher zu entlassen (ohne dass bisher entsprechende Nachsorgestrukturen aufgebaut werden), würde durch das gleichgerichtete Interesse der Kassen verdoppelt und sich in Verträgen und Praxis noch stärker niederschlagen. Alle Partner hätten ein ökonomisches Interesse daran, langwierige und teure Fälle – und das sind regelmäßig chronisch Kranke und darunter überproportional auch sozial benachteiligte Menschen – abzuschieben, zur nächsten Krankenkasse, ins nächste Ärztenetzwerk oder ins nächste Krankenhaus.

Diese Patienten, die auf die Funktionsfähigkeit des Solidarprinzips besonders angewiesen sind, wären in Versicherung und Versorgung praktisch nur noch mit ‚Partnern‘ konfrontiert, die zumindest kein ökonomisches Interesse

an ihrer optimalen Versorgung haben. Die Versorgung würde aus Patientensicht darüber hinaus unübersichtlich (schon weil der Hinweis ‚alle Kassen‘ von vielen Ärzteschildern verschwinden müsste), für Ärzte ethisch heikel (weil sie u. U. gleiche Krankheitsbilder je nach Kassenvertrag unterschiedlich behandeln müssten), und im übrigen würde der bürokratische Aufwand – wie bei nahezu jeder ‚Deregulierung‘ – erheblich ansteigen. Wer das nicht glaubt, werfe einen Blick auf die Versorgungspraxis in den USA. Wissenschaftler von dort sind immer wieder fassungslos, wenn sie hören, dass deutsche Gesundheitsökonomien in diese Richtung auch nur denken.

Die FES-Autoren erwähnen diese unerwünschten Wirkungen des Kassenwettbewerbs nicht ausdrücklich, aber sie haben offenbar darüber auch nachgedacht: sie wollen, dass die „Zuständigkeit für die Steuerung der Qualität der Versorgung auf Institutionen außerhalb des Wettbewerbs“ verlagert wird, in anderen Fassungen ihres Papiers fordern sie dafür ein staatliches „Institut für Qualität in der Medizin“. Ein solches Institut wäre – unabhängig und kompetent besetzt sowie mit entsprechenden Vollmachten ausgestattet – eine gute Sache. Es könnte neben der Initiierung und Überwachung von Qualitätsmanagement in der Versorgung auch über die Aufnahme neuer Arzneimittel in die Erstattungspflicht der GKV entscheiden, es könnte Qualitätsinformationen über Leistungserbringer veröffentlichen etc.

Es ist aber nach allen organisationswissenschaftlichen und professionssoziologischen Erfahrungen absolut

unrealistisch, von einer externen staatlichen Stelle zu erwarten, dass sie die Qualität der Versorgung gegen dauerhaft wirksame gegenläufige ökonomische Anreize kontrollieren, sichern oder gar verbessern kann. Qualitätssicherung (einschließlich der Leitlinienorientierung, der Nutzung und Steigerung der Betroffenenkompetenz, der Versorgungspfad-Gestaltung etc.) funktioniert desto besser (und meistens überhaupt nur dann), je mehr (bzw. wenn) die Leistungserbringer die Entwicklung der dazu notwendigen Kommunikation und neuen Handlungs-routinen aus eigenem Antrieb (zumindest aber nicht gegen die eigenen bzw. vertraglich definierten Interessen) selbst entwickeln und pflegen (SVR 2001, Band II, Kap. 1 – 3). Sonst kommt doch nur wieder eine neue prachtvoll-hilflos-teure Bürokratie heraus.

Es hilft halt nichts, man muss systemisch denken, und das heißt die Interessen und Anreize aller beteiligten Akteure einschließlich ihrer erwartbaren Reaktionen und Rückkopplungen in die Analyse einbeziehen. Tut man dies, dann führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, dass die bisherige GKV-Steuerung durch Verträge zwischen Verbänden (oder in Zukunft auch Versorgungsnetzwerken etc.) und Kassen so lange keinen Beitrag zur Verbesserung der Qualität des Systems leisten kann, wie beide Gruppen von Partnern ein gleichgerichtetes Interesse an ‚guten Risiken‘ bzw. ‚unkomplizierten Fällen‘ haben. Dieses Interesse aber und damit auch die aus ihm folgenden Anreize sind durch den Staat gestaltbar.

Jürgen Wasem et al. benennen auch – irritierender Weise allerdings nur im Zusammenhang mit der Finanzierung der GKV – ein tendenziell richtiges Instrument dazu: „die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“.

Wenn den Kassen jeder Anreiz zum Rosinenpicken genommen würde und zugleich – wie auch die FES-Autoren fordern – der einheitliche Leistungskatalog beibehalten wird, dann könnten sie ihre jeweilige Position nur

**Es ist ein Ammenmärchen, dass wegweisende Neuerungen nur wegen der Halsstarrigkeit der Anbieter-Kartelle oder zu starrer Vorschriften scheitern.**



Foto: Christian Kiel (Berlin)

noch über attraktive Versorgungsqualität – und zwar für alle ihre Versicherten – und über günstige Beiträge halten bzw. verbessern. Das setzt aber mehr als eine Morbiditäts-„Orientierung“ des RSA voraus. Es setzt vielmehr voraus, dass jede Kasse durch den RSA genau so viel Ressourcen erhält wie bundesdurchschnittlich zur Versorgung genau ihrer Risikomischung zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür sind sozialepidemiologisch fundierte Risiko- und Kostenprofile, die möglichst genau die erwartbare Morbidität einschließlich der sozial, d.h. nach Einkommen, Ausbildung und Beruf ungleichen Erkrankungs- und Bewältigungswahrscheinlichkeiten abbilden und die Fallkosten (wie bei den DRGs im Krankenhaus) nach Schweregraden differenzieren. Das ist nicht unmöglich: jede private Krankenversicherung und jedes Gesundheitsnetzwerk HMO in den USA (vgl. dazu *Lauterbach* in diesem Heft) kalkuliert so (allerdings zu anderen Zwecken). Ein solcher RSA müsste auch durch Akteure außerhalb des Systems, und das könnte in Deutschland nur der Staat sein, schnell angepasst werden können, wenn sich zeigt, dass er unerwünschte Reaktionen hervorruft. Dies wird eine langfristige Aufgabe sein.

Erst unter solchen Voraussetzungen wäre bei Vertragsverhandlungen das Interesse an hoher Qualität und am Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung (SVR 2001, Band III) dauerhaft auf der Seite der Kassen institutionalisiert präsent, und Kassenpolitik könnte wieder Gesundheitspolitik werden.

Dann – und nur dann und erst dann – wäre es auch anreiztheoretisch vertretbar, den Kassen die Möglichkeit einzuräumen, mit unterschiedlichen Versorger-Gruppierungen Verträge zur – professionell oder institutionell – variablen Erfüllung des einheitlichen Leistungskataloges auszuhandeln und abzuschließen. Ein „Institut für Qualität in der Medizin“ würde die Einhaltung der ausgehandelten Qualitätssicherung (z. B. durch Patientenbefragungen) kontrollieren und müsste – auch dies eine wichtige Erfahrung aus den USA – auch dafür sorgen, dass Kas-

sen und Leistungserbringer tatsächlich über „gleich lange Spieße“ verfügen. Denn Billig- und Knebelverträge aufgrund ungleicher Verhandlungsmacht gehen letzten Endes immer auch auf Kosten der Versorgungsqualität für gesundheitlich und sozial besonders Benachteiligte.

Dann erst wäre es auch vertretbar, über eine Verlagerung des (heute nach § 72 SGB V gemeinsam bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern liegenden) Sicherstellungsauftrages nachzudenken. Solange die Kassen einen dauerhaften und starken ökonomischen Anreiz haben, ‚gute Risiken‘ auch in der Versorgung zu bevorzugen, darf ihnen eine sozialpolitisch verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik den Sicherstellungsauftrag jedenfalls nicht übertragen.

Entscheidend sind also die Reihenfolge und die Präzision: zuerst Ausschaltung der unerwünschten Wirkungen des Kassenwettbewerbs durch einen nicht nur ‚morbiditätsorientierten‘, sondern einen vollständigen, sozialepidemiologisch fundierten und morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich und dann erst Freigabe der Vertragsgestaltung und -partner.

Auf der gesundheitspolitischen Agenda ist die Einführung des ‚morbiditätsorientierten RSA‘ derzeit erst für das Jahr 2007 vorgesehen. Es erscheint fraglich, ob bei den gegenwärtig zu beobachtenden zentrifugalen Entwicklungen im GKV-System die sozialpolitische Substanz der sozialen Krankenversicherung bis dahin nicht schon ausgeblutet ist. Kurz gesagt: Der Morbi-RSA muss wesentlich schneller kommen und er muss wasserdicht sein, weil sein Funktionieren eine essentielle Voraussetzung für alle wichtigen Reformprojekte zur Steigerung von Qualität und Effizienz in der sozialen Krankenversicherung darstellt.

Natürlich wäre das gesundheitspolitische Ergebnis, das sich in dieser Perspektive

**Erwiesen wirksam sind partizipativ gestaltete Projekte der Betroffenenaktivierung z. B. in Schulen in sozial benachteiligten Stadtteilen.**

auch bei optimistischer Betrachtung ergibt, immer noch eine zweitbeste Lösung: ungelöst wäre dann zum Beispiel immer noch das Problem, dass Kassen wenig motiviert sein werden, durch Prävention und Gesundheitsförderung langfristig in die Gesundheit von Versicherten ‚zu investieren‘, weil diese morgen schon die Kasse

wechsellernen können. Gesundheitspolitisch widersinnig ist es auch, wenn Versicherte, die ihre Kasse wechseln wollen, dann u. U. auch nicht mehr zum selben Hausarzt gehen dürfen. Unklar ist auch, wie kleine Kassen hinreichend flächendeckende und erreichbare Versorgungsnetze organisieren oder unter Vertrag nehmen können. Unbefriedigend gelöst wäre – auch bei einer zu erwartenden weiteren Ver-

minderung der Anzahl von Kassen und der Zunahme von kassenübergreifender Kooperation – ebenfalls das Problem der Organisation der Prävention: Moderne und erfolgreiche Konzepte beziehen sich meist auf Bevölkerungs-

gruppen, die regional oder nach Lebensweisen bzw. Milieus bzw. ‚settings‘ definiert sind – und nicht nach der Mitgliedschaft in einer Kasse.

Aber eine erreichbare zweitbeste Lösung ist besser als das auf absehbare Zeit in Deutschland politisch unerreichbare Optimum einer regionalisierten Einheitskasse (*Deutscher Bundestag* 1990, S. 420 f., Ziff. 80 – 82), bei der der Wettbewerb um gute gesundheitliche Ergebnisse und kostengünstige Versorgung zwischen den Regionen ausgetragen würde (*Rosenbrock* 2001a).

spw 3/2002

#### Literatur:

- Deutscher Bundestag (1990): 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1990, auch erschienen in der Reihe: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn
- Oldiges, F. J. (1999): Chronisch Kranke – Neue Versorgungsformen – Gesundheitsreform 2000, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 48, Heft 9/1999, S. 215-221
- Rosenbrock, Rolf (2001), „Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen“, in: Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., 11-12/2001, S. 49-57
- Rosenbrock, Rolf (2001a), Von der GKV zur Gesundheitsversicherung, Vortrag auf dem Symposium der Bundesministerien für Wirtschaft und Technologie sowie Gesundheit „Zukunftsmarkt Gesundheit“ am 6. Dezember 2001 in Berlin
- Rosenbrock, Rolf (2002), „Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben“, in: H.-U. Deppe/Wolfram Burkhardt (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg. VSA-Verlag 2002, S. 24-35
- SVR 2001 Band I, II, III, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, 4 Teilbände, Mimeo, Bonn 2001, www.svr-gesundheit.de
- Winkelhake, O. U. Miegel, K. Thormeier (2002), Die persönliche Verteilung von Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999 – Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystem, in: Sozialer Fortschritt 3/2002, S. 58-61



Foto: Christian Kiel (Berlin)