

An den Vorsitzenden der
Deutschen Gesellschaft für
Gesundheitsökonomie
Herrn Prof. Dr. Stefan N. Willich, MPH, MBA
Charité CCM
10098 Berlin



Hartmut Reiners und
Rolf Rosenbrock
c/o
Forschungsgruppe
Public Health
Leiter:
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Telefon +49 (30) 25491-571
Telefax +49 (30) 25491-556
rosenbrock@wzb.eu

Berlin, 06.01.11

**Gegen ein „Weiter so!“ in der Gesundheitspolitik
Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie
vom 21.09.2010**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, lieber Herr Kollege Willich,

die Zeit zwischen den Jahren gibt uns endlich Zeit für Anmerkungen, die schon im September 2010 dringlich gewesen wären.

Sie betrifft die Presseerklärung vom 21. 09. 2010 zum Kabinettsbeschluss der Bundesregierung zur Reform der GKV-Finanzierung. Da sie im Namen der DGGÖ unter Ihrem Vorsitz und Ihrer Mitautorenschaft veröffentlicht wurde, schreiben wir Ihnen und wählen ebenfalls die öffentliche Form. Vielleicht ergibt sich daraus ja ein Disput, der der Selbstverständigung unseres Fachs nur nützlich sein könnte.

Wir sind lange genug in dem Geschäft, um zu wissen, dass solche für die Öffentlichkeit bestimmten Papiere notwendig plakative, wissenschaftlichen Ansprüchen kaum genügende Formulierungen mit sich bringen. Aber Ihre Presseerklärung enthält eine ganze Reihe von Aussagen, die auf empirisch widerlegten Ideologemen beruhen. Sie ist Ausdruck einer unter Ökonomen leider verbreiteten Attitüde, die Gérard Gäfgen schon vor über 25 Jahren als „aprioristische Ordnungspolitik“ und Hans Albert vor 50 Jahren als „Modellplatonismus“ kritisiert haben: Maßstab für die Bewertung von Maßnahmen ist nicht deren Eignung zur Lösung konkreter Probleme, sondern deren (Nicht-)Übereinstimmung mit den eigenen ordnungspolitischen Postulaten. Es ist absolut legitim, gesellschaftspolitische Positionen zu beziehen, nicht jedoch, diese als wissenschaftliche Paradigmen zu tarnen.

Einig sind wir uns mit Ihnen in der allgemeinen Gesamteinschätzung (i. F. alle Zitate aus der Presseerklärung *kursiv*), wenngleich aus einer anderen Perspektive. Auch wir halten die im GKV-Finanzierungsgesetz (GKVFinG) enthaltenen *Maßnahmen insgesamt nicht für geeignet, Qualität und Wirt-*

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung gGmbH
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Telefon +49 (30) 25491-0
Telefax +49 (30) 25491-684
wzb@wzb.eu
www.wzb.eu

Geschäftsführung
Prof. Jutta Allmendinger Ph.D.
Heinrich Baßler
Sitz der Gesellschaft Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 4303
Mitglied der Leibniz-
Gemeinschaft
Commerzbank Berlin
BLZ 100 400 00
Kto. 507 914 000
IBAN-Nr.
DE07100400000507914000
Swift-Code COBADEFF
USt-Ident-Nr. DE136782674

schaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu steigern. Das selbst gesetzte Ziel der Regierung, stabilere, nachhaltigere und gerechtere Finanzierungsstrukturen zu schaffen, wird ebenfalls verfehlt. Wir teilen auch Ihre Auffassung, dass das Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen kontraproduktiv ist, weil es verschwenderische Kassen belohnt und sparsame bestraft und darüber hinaus verhindert, dass die Kassen im Vertragsgeschäft innovative Wege beschreiten. Damit enden aber auch unsere Übereinstimmungen. In allen anderen Punkten können wir Ihre Sichtweise weder aus der wissenschaftlichen, noch aus der politischen Perspektive teilen. Doch der Reihe nach.

Die DGGÖ begrüßt die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5%, weil sie der Ehrlichkeit der Beitragserhebung in der GKV dient. Die Bezuschussung aus dem Bundeshaushalt war als kurzfristige Konjunktur stützende Maßnahme legitim; auf die Dauer wäre sie systemwidrig gewesen, denn die Versicherten müssen wissen, wie teuer die soziale Krankenversicherung sie kommt. Eine Umwegfinanzierung über Steuern verringert die Transparenz von Kosten und Leistungen. Sie sollte regelgebunden auf die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen beschränkt werden.

Vielleicht können wir uns darauf einigen, dass es an der Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5% schon deswegen nichts zu begrüßen gibt, weil sie unter den gegebenen Bedingungen unvermeidlich war und von jeder Bundesregierung, gleich welcher politischen Richtung, hätte vollzogen werden müssen. Auch mag es einer sprachlichen Ungeschicklichkeit geschuldet sein, dass der Eindruck erweckt wird, mit der Anhebung des Beitragssatzes habe sich die Bezuschussung der GKV aus dem Bundeshaushalt quasi erledigt. Immerhin beläuft sie sich auf 16 Mrd. Euro, umfasst also fast 10 % des GKV-Budgets und dürfte damit durchaus dauerhaft angelegt und nicht nur eine *kurzfristige Konjunktur stützende Maßnahme* sein. Man kann darin auch eine teilweise Entschädigung der GKV für die Verschiebepolitik in den 1980er und 1990er Jahren sehen, die den Bundeshaushalt durch eine Absenkung der GKV-Beiträge für Arbeitslose auf Kosten der Krankenkassen entlastete. Außerdem hat die Bundesregierung angekündigt, diesen Betrag im Jahr 2014 zu überprüfen und ggf. aufzustocken. Darauf kommen wir weiter unten noch zurück.

Sie begründen Ihre grundsätzliche Ablehnung einer Bezuschussung der GKV aus dem Bundeshaushalt mit der Vorhaltung, diese sei *systemwidrig, denn die Versicherten müssen wissen, wie teuer die soziale Krankenversicherung sie kommt. Eine Umwegfinanzierung über Steuern verringert die Transparenz von Kosten und Leistungen*. Es erscheint uns seltsam, diesen angeblichen Transparenzgewinn als einziges Kriterium in der ordnungspolitischen (und damit zutiefst ökonomischen) Grundfrage Steuer- und Beitragfinanzierung zu wählen. Warum soll diese Transparenz für die Versicherten überhaupt wichtig sein? Doch wohl nur, wenn man annimmt, sie würden sonst Leistungen ohne Grund und Not in Anspruch genommen. Auf welchem wissenschaftlichen Fundament steht diese Aussage? Wo sind die empirischen Befunde über relevantes moral hazard-Verhalten durch die Versicherten der GKV? Und noch mehr: wo sind die Befunde die zeigen, dass einem solchen Verhalten – so es denn wirklich relevant ist – durch mehr Transparenz über die Quellen des GKV-Budgets beizukommen sei? Oder geht es dabei eher um eine Begründung für die Erhebung von unterschiedlichen Beiträgen je nach Inanspruchnahme bzw. risikoäquivalenten Beiträgen und damit implizit einer Auflösung der Solidargemeinschaft? Wenn es so ist, sollten die Autoren es auch sagen. Dann könnte die ordnungspolitische

Debatte, bei der es ja nicht nur um Finanzierungsmodalitäten der Krankenversorgung, sondern um eine der wichtigsten Komponenten der Zivilgesellschaft geht, offen geführt werden.

Es gibt allerdings auch aus unserer Sicht gute ordnungspolitische Gründe, vor einer wachsenden Bezuschussung der GKV aus Steuermitteln zu warnen. Wir lehnen sie nicht mit dem rein formal-doktrinären Argument ab, sie sei systemwidrig. Vielmehr beziehen wir uns auf internationale Vergleiche (u. a. von DGGÖ-Mitgliedern wie Stefan Greß, Heinz Rothgang oder Jürgen Wasem), die zeigen, dass aus Steuern finanzierte Gesundheitssysteme sehr viel stärker zur Unterfinanzierung und Versorgungsengpässen neigen als aus Beiträgen bzw. Abgaben der Versicherten und ihrer Arbeitgeber gespeiste Systeme. Je höher der aus dem Bundeshaushalt finanzierte Anteil des GKV-Budgets ist, umso mehr gerät das Gesundheitswesen in die Mahlsteine der Fiskalpolitik mit all ihren tages- und parteipolitischen Rahmenbedingungen. Das kann nur zu seinem Schaden sein.

Völlig daneben liegen Sie mit der Behauptung, es sei *ökonomisch nicht plausibel, dass jeder Ausgaben steigende medizinische Fortschritt die Arbeitskosten erhöht. Daher ist die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags sinnvoll. Diese wird allerdings durch die Erhöhung von 7,0 auf 7,3 Prozent gleich wieder in Frage gestellt. Glaubwürdiger wäre es gewesen, den Arbeitgeberbeitrag auf dem alten Wert zu belassen.* Sie stellen hier einen Zusammenhang von GKV-Ausgaben und Arbeitskosten her, der in mehrfacher Hinsicht wissenschaftlich nicht belegbar ist und eher einer Presseerklärung des Arbeitgeberverbandes entspricht als der einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft:

- Sie postulieren einen Zusammenhang von medizinischem Fortschritt und steigenden GKV-Ausgaben, der schon angesichts der Tatsache irreführend ist, dass die GKV-Ausgaben seit über 25 Jahren im Gleichschritt mit dem BIP gewachsen sind. Zudem ist nicht der medizinische Fortschritt an sich das Problem, sondern eine unreflektierte Mystifizierung der Medizin, das „add on“-Phänomen und eine in ihrer Menge nicht begründbare Anwendung medizinischer Innovationen, wie z. B. die im Vergleich zu anderen Ländern viel zu häufig durchgeführten Gallenblasenoperationen oder Koronarinterventionen zeigen (siehe OECD-Daten).
- Das auch von Ihnen offenbar vertretene Postulat, die Kürzung der Sozialversicherungsabgaben sei quasi ein Konjunkturmotor und diene der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft, ist pure Ideologie. Eine belastbare empirische Grundlage hatte diese Behauptung jedenfalls nicht, wie der Gesundheits-Sachverständigenrat bereits in seinem 1996er-Gutachten zeigen konnte. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Dies gilt umso mehr in einem Land, dessen Reallohnzuwächse im letzten Jahrzehnt so ziemlich an letzter Stelle in der EU stehen, in dem nichts schneller wächst als der Niedriglohnsektor und in dem die Lohnquote in den letzten Jahren um ca. 10 Prozentpunkte gefallen und – komplementär – das Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen um 10 Prozentpunkte gestiegen ist (beim aktuellen BIP von ca. 2,5 Billionen Euro ist jeder Prozentpunkt 25 Mrd. Euro), ein Land, das im Tempo der Scherenentwicklung zwischen ‚oben‘ und ‚unten‘ so ziemlich an der Spitze liegt. Es ist eine bittere Ironie, dass das sinkende Lohnniveau der Einkommensgruppen bis zur Beitragsbemessungsgrenze sowie die Arbeitslosigkeit die eigentlichen Ursachen für die steigenden GKV-

Beitragssätze sind, mithin also die von Unternehmerfunktionären und neoklassischen Ökonomen beklagte Steigerung des Lohnnebenkostenanteils gerade durch das sinkende Lohnniveau entsteht. Der Gesundheits-Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2003 nachgewiesen, dass der GKV-Beitragssatz 2003 bei gleichen Verteilungsrelationen 1980 nicht höher wäre als 1980, also fast 3 Prozentpunkte niedriger. Diese für die GKV-Finanzierung ruinöse Entwicklung ignorieren Sie ebenso souverän wie die erschöpfend belegte Tatsache, dass mit wachsender Einkommensungleichheit die Gesundheit der gesamten Bevölkerung leidet. Auch dazu hätten wir von Gesundheitsökonomen gerne etwas gehört.

- ☒ Die Behauptung, steigende bzw. sinkende Sozialversicherungsabgaben der Arbeitgeber hätten negative bzw. positive konjunkturelle Wirkungen, hat auch aus einem anderen Grund keine wirkliche Substanz: Ihr Volumen ist viel zu gering, als dass es solche Wirkungen überhaupt entfalten könnte. Auch das hat der Gesundheits-Sachverständigenrat bereits in seinem 1996er-Gutachten zeigen können. Neuere Zahlen etwa der Bayerischen Handwerkskammern haben dies noch einmal belegt. Demnach erhöht eine Anhebung der Sozialversicherungsabgaben um 1 Prozentpunkt die Arbeitskosten um 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte. Selbst in einem Handwerksbetrieb machen die Arbeitskosten aber nur etwa ein Drittel der Gesamtkosten für eine Handwerkerstunde aus, d. h. die Senkung der Sozialabgaben hat einen Effekt von ca. 1 Promille der Gesamtkosten – kein die Nachfrage irgendwie anheizender Effekt.

Dennoch sind wir entschiedene Anhänger einer paritätischen Selbstverwaltung, weniger aus ökonomischen, als aus gesellschaftspolitischen Gründen. Bislang waren Unternehmer wie Arbeitnehmer oftmals natürliche Verbündete gegen Preistreiberien, disease mongering, Pseudoinnovationen, Fehlentwicklungen etc. (dabei unterstützt von einem sauber arbeitenden GBA). Unternehmer hatten in der Selbstverwaltung der GKV stets sowohl das Interesse an Kostendämpfung als auch ihr allgemeines Interesse an marktlichen Bedingungen auf dem Medizinmarkt gegeneinander abzuwägen. Dieser Reflexionsprozess innerhalb der Arbeitgeber würde absterben, wenn sie sich ihm nicht mehr in den Selbstverwaltungsgremien stellen müssten. Wenn sich die proportionale Beteiligung der Arbeitgeber aus einer proportionalen Beteiligung am Versicherungsbeitrag in eine Art an den Gesundheitsfonds zu entrichtende fixe Lohnsummensteuer verwandelt, entfällt auch der Grund der sozialen Selbstverwaltung, weil Selbstverwaltung ohne ökonomische Verantwortung keinen Sinn hat.

Sie bewerten die Freigabe des Zusatzbeitrags als solche ... positiv, da nach der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nur der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Kassen dienen kann. Je mehr sich die Kassen im Preis unterscheiden können, um so eher lohnt sich ein Kassenwechsel und um so intensiver ist der Wettbewerb. Allerdings wird der Zusatzbeitrag erst dann ein echter Preis, wenn er von allen erwachsenen Versicherten verlangt wird und nicht nur von Mitgliedern. Dadurch ließen sich auch bestehende Mängel der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vermeiden.

Mit dem Postulat, der Zusatzbeitrag müsse ein „echter Preis“ sein, machen Sie die Erfüllung eines Dogmas der neoklassischen Preistheorie zum Maß der Dinge und nicht die Lösung realer Probleme. Was, bitte schön, macht einen „echten“ Preis aus? Und was ist dann ein „unechter“?

Das ist willkürliche Normsetzung, aber keine wissenschaftliche Argumentation. Das Gesundheitswesen ist aus guten Gründen ein zu 75% öffentlich finanzierter Wirtschaftszweig mit einem Sozialausgleich und administrierten Preisen. Die Verteilung der Ressourcen erfolgt immer, ob es einem passt oder nicht, nach letztlich politisch festgelegten Kriterien und nicht nach der Scholastik von Ökonomieprofessoren. Auf dem Gesundheitsmarkt gibt es keine „echten“ oder „natürlichen“ Preise, wenn es die denn außerhalb der virtuellen Welt der Lehrbuchökonomie überhaupt gibt.

Das heißt nicht, dass es nur staatlich festgelegte Preise und keinen Preiswettbewerb im GKV-System gibt oder geben sollte. Zweifelsohne ist die Höhe der GKV-Beiträge ein wichtiger Wettbewerbsparameter, aber doch wohl nicht der einzige. In einem System, in dem die Kassen aus guten Gründen den gleichen Katalog an medizinisch notwendigen Leistungen (§ 12 SGB V) anbieten, ist der Versichertenservice ein mindestens ebenso wichtiger Faktor für die Kassenwahl wie die Höhe des Beitragssatzes. Das gilt insbesondere im Zusammenhang mit der Betreuung chronisch Kranker und von Menschen mit niedrigerem Durchsetzungs- und Orientierungsvermögen, ein mit der demographischen Entwicklung bekanntlich wachsender Personenkreis. Ein Preiswettbewerb trägt zur Förderung dieser für eine Sozialeinrichtung wie der GKV substanziellen Aktivitäten gar nichts bei, im Gegenteil, ohne einen zielgerecht ausgestalteten M-RSA hat er nur schädliche Wirkungen. In dem Zusammenhang wäre eher ein klares Wort der DGGÖ zur der in jeder Hinsicht unsinnigen Einschränkung des M-RSA auf 80 Krankheiten fällig, die maßgebliche Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Koalition ja noch weiter reduzieren wollen.

Ohne stringente Begründung fordert der DGGÖ-Vorstand in diesem Absatz auch die Lockerung bzw. Auflösung des im GKV-System verankerten Familiensozialausgleichs und damit indirekt die Individualisierung des Beitrags. Damit würde das risikobezogene Versicherungsprinzip in der GKV zumindest teilweise eingeführt. Wenn Sie diesen Grundsatz wirklich ernst meinen, müssten sie auch für Kinder einen eigenen Beitrag fordern. Die Gerechtigkeitsprobleme der heutigen Beitragsgestaltung in der GKV werden seit vielen Jahren diskutiert. Sozialpolitisch reflektierte Vorschläge beziehen sich u. a. auf verschiedene Varianten des Beitragssplittings mit ihren jeweils erwünschten und unerwünschten Wirkungen. Von dieser Höhe der Diskussion ist Ihre Erklärung weit entfernt.

Wir wären damit bei der Frage des Sozialausgleichs in der GKV. Dessen Ausgestaltung im GKVFinG ist aus Ihrer Sicht *aus zwei Gründen misslungen: Wie der allgemeine Beitrag orientiert sich auch der Anspruch an einen Ausgleich wiederum nur am beitragspflichtigen Einkommen, das bekanntlich nicht die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit des Haushalts widerspiegelt. Kritisch ist ferner die Aussage des Gesundheitsministers zu werten, für den Sozialausgleich müssten keine Steuern erhöht werden, sondern seine Finanzierung sei „aus allgemeinen Haushaltsmitteln grundsätzlich darstellbar“*. Soweit können wir Ihnen folgen. Die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsgestaltung bzw. den Sozialausgleich ist zwar mit komplexen Erfassungsproblemen und nicht zu unterschätzenden Rechtsfragen verbunden, aber das Thema gehört ohne Frage auf die politische Agenda. Und wenn Herr Rösler behauptet, das von ihm eingeführte System des Sozialausgleichs sei ohne Steuererhöhungen finanzierbar, dann ist das eine dreiste Täuschung der Bürger. Das Bundesfinanzministerium hat in der Beantwortung einer Kleinen Anfrage der Grünen im Bundestag sehr deutlich gemacht, dass die Finanzierung des Sozialaus-

gleichs in der GKV aus dem Bundeshaushalt nur mit massiven Anhebungen der Einkommens- bzw. Mehrwertsteuer ohne eine Neuverschuldung finanzierbar wäre (BT-Drucksache 17/691).

Im Gegensatz zu Ihnen sind wir aber keineswegs der Meinung, dass die *Regierung ... eine langfristige Strategie vermissen (lässt), ob der Ausbau der Zusatzbeiträge einen Einstieg in die Gesundheitsprämie bedeuten soll oder nicht*. Haben Sie wirklich nicht verstanden, dass die im GKVFinG enthaltene Konstruktion des Zusatzbeitrages und des Sozialausgleichs der pfeilgerade Weg in die (von Ihnen gewünschte?) „Gesundheitsprämie“ ist, und zwar letztlich ohne einen Sozialausgleich? Wir helfen mal nach. Der Zusatzbeitrag soll in Form fester Euro-Beträge erhoben werden und muss in jedem Fall gezahlt werden, auch von Geringverdienern, denen allenfalls die Wahl bleibt, in eine Kasse mit einem niedrigeren Zusatzbeitrag zu wechseln. Erst wenn der vom Bundesversicherungsamt ermittelte durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen 2 Prozent des individuellen Einkommens der Versicherten übersteigt, tritt ein Sozialausgleich in Kraft, der durch eine Absenkung der Beiträge der jeweiligen Versicherten gegenfinanziert werden soll. Damit würde sich automatisch das Volumen des für die GKV-Ausgaben zur Verfügung stehenden Gesundheitsfonds verringern mit der zwangsläufigen Folge einer weiteren Zunahme des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, die dann wiederum über den steigenden Sozialausgleich den Gesundheitsfonds schmälert, usw. usf. Wird dieser Kellertreppeneffekt nicht durch erhöhte Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt gestoppt, steht an seinem Ende ein Beitragssystem mit Kopfpauschalen ohne einen Sozialausgleich, weil der dafür zuständige Gesundheitsfonds erschöpft ist. So weit wird es zwar vermutlich nicht kommen. Die Bundesregierung hat ja schon angekündigt, 2014 über weitere Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt zu entscheiden, und man könnte Wetten darauf abschließen, dass eine solche Entscheidung schon Ende 2012 wegen der 2013 anstehenden Bundestagswahlen fallen dürfte. Aber dieser Schleichweg in die Kopfpauschale ist die Funktionslogik des Rösler'schen Zusatzbeitrages, woraus Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Koalition wie Jens Spahn auch gar keinen Hehl machen. Das ist schon eine langfristige Strategie.

Während wir in dieser mutwilligen Zerstörung der solidarischen GKV-Finanzierung das eigentliche Desaster der schwarz-gelben GKV-Reform sehen, beklagen Sie als dessen größten Mangel, *dass den Krankenkassen im Wettbewerb keine zusätzlichen Instrumente in die Hand gegeben werden, um durch individuelle Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern selbst für mehr Wirtschaftlichkeit zu sorgen. Während im ambulanten Bereich Selektivverträge bereits möglich sind, fehlt dieses Mittel im stationären Bereich völlig. Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht nur eine sehr hohe Bettendichte, sondern auch eine überproportionale Zahl kleiner und nicht spezialisierter Krankenhäuser. Darunter leidet nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die medizinische Qualität. Die längst fällige Umstrukturierung würde durch den Markt zustande kommen, wenn man den Kassen den Sicherstellungsauftrag erteilt und ihnen zugleich das Recht einräumte, nur mit den Krankenhäusern einen Vertrag abzuschließen, die für eine hochwertige Versorgung ihrer Versicherten erforderlich sind.*

Um Missverständnissen vorzubeugen: Wir haben keine apodiktischen Einwände gegen Wettbewerb im GKV-System. Das wäre ebenso dogmatisch wie aus diesem ordnungspolitischen Instrument ein Patentrezept zur Steuerung des Gesundheitswesens zu machen. Wir halten es da mit den Granden der internationalen Gesundheitsökonomie Bob Evans, Alan Maynard, Alexander Preker und Uwe Reinhardt: „Competition and markets should be means to an end, but not

ends in themselves. If they are treated as ends the objectives of efficiency, equity and cost containment will NOT be achieved.”¹ Bevor man wie Sie pauschal den beschleunigten Ausbau von Selektivverträgen in allen Versorgungsbereichen der GKV und die komplette Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die gesamte medizinische Versorgung auf die Krankenkassen fordert, sollte man erst einmal prüfen, welche Bereiche überhaupt für einen Wettbewerb taugen und welche unerwünschten Wirkungen ein solches System ggf. hätte. Glauben Sie allen Ernstes, man könne etwa die sich verschärfenden Versorgungsprobleme in dünn besiedelten ländlichen Regionen mit Selektivverträgen und einer Übertragung des gesamten Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ländern auf die Krankenkassen bewältigen? Ihr Vertrauen in den Markt nimmt hier wirklich groteske Züge an. In diesen Gegenden kann es schon deshalb keinen Wettbewerb geben, weil man froh sein muss, überhaupt eine für die Versorgung ausreichende Zahl von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie von Ärzten und Pflegekräften zu haben. Marktliche Regulierungen würden dieses Problem ebenso nur noch weiter verschärfen wie die Schieflagen innerhalb von Metropolen wie Berlin oder Hamburg.

Es stünde der DGGÖ gut an, sich des regional immer weiter auseinanderdriftenden Versorgungsniveaus anzunehmen. Dann müsste eigentlich auch dem letzten Wettbewerbstheologen klar werden, dass nicht mehr oder weniger Wettbewerb die primäre Frage ist, sondern die Neuordnung der Verantwortung für eine flächendeckende Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Diese einfach auf die Kassen und Selektivvertragssysteme abzuwälzen zu wollen, zeugt von einem sehr unterentwickelten Problembewusstsein. Wir brauchen eine Reform des Zusammenspiels von Organen der GKV-Selbstverwaltung mit der staatlichen Aufsicht, insbesondere auf der Landesebene, sowie der Zuständigkeiten von Bundes- und Landesbehörden. Erst auf Basis eines solchen neuen ordnungspolitischen Rahmens kann man entscheiden, wo Selektivverträge nützlich sind, und wo an kollektivvertraglichen Regelungen oder auch staatlicher Regulierung kein Weg vorbei führt. Die simple Forderung nach einem allgemeinen Ausbau von Selektivverträgen ist ignorant und provoziert bei einer Umsetzung nur neue Probleme, anstatt die alten zu lösen,

Wir wollen es mit diesen Kommentaren und Fragen bewenden lassen, obgleich noch viel mehr zu sagen und zu fragen wäre.

Wir hoffen aber, dass deutlich geworden ist, dass die Presseerklärung der DGGÖ vom 21.09.2010 den Mindestanforderungen, die an Verlautbarungen einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zu stellen sind, durchweg nicht gerecht wird. Gesundheitsökonomisch fundamentale und zentrale Fragen der ordnungspolitischen Orientierung, der Anreizstrukturen und ihren Wirkungen, der Preisfindung, der Verteilungswirkungen und der Qualitätssicherung in der Krankenversorgung werden entweder überhaupt nicht oder aber fachlich nicht fundiert oder einseitig in der Interessenperspektive der Unternehmerseite angesprochen. Die gesundheitsökonomisch essenziellen Fragen des gleichen Zugangs für alle zu einer qualitativ hochwertigen und vollständigen Krankenversorgung sowie der Auswirkungen der vom BMG vorgeschlagenen Finanzierung auf Zugangschancen und Einkommensverteilung bleiben unerwähnt.

¹ Health Economics Vol. 3 (1994), S. 359

Damit verletzt die Presseerklärung nicht nur allgemein wissenschaftliche Standards, sondern auch die ethischen Standards der wissenschaftlichen Politikberatung, der sich die DGGÖ gemäß §2 Abs. 1 ihrer Satzung widmen will.

Wir haben mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass die DGGÖ im November 2010 in den Kreis der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aufgenommen worden ist. Zugleich müssen wir befürchten, dass die anderen Akteure des Gesundheitswesens und die Studierenden von der DGGÖ gründlich fehlorientiert werden, wenn die ebenso doktrinäre wie realitätsferne Argumentation Ihrer Presseerklärung den Maßstab bildet.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie um Auskunft, wie es zu den fachlichen Fehlleistungen dieser Presseerklärung kommen konnte und wie die Wiederholung einer solchen Peinlichkeit verhindert werden kann.

Um die markige Formulierung aus deren Überschrift aufzunehmen: Vor dem Hintergrund einer mehr als 30jährigen Berufserfahrung als Gesundheitsökonom in der Wissenschaft, der Politikberatung und der Ministerialverwaltung wenden wir uns ganz entschieden gegen ein „Weiter so!“ in der Gesundheitsökonomie.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Hartmut Reiners



Rolf Rosenbrock

P.S.: Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie diesen offenen Brief, ggf. zusammen mit Ihrer Antwort auch auf der Homepage der DGGÖ der Öffentlichkeit unseres Fachs zugänglich machen würden. Deshalb schicken wir Ihnen diesen Text auch per E-Mail.

Gegen ein „Weiter so!“ in der Gesundheitspolitik

Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Die Bundesregierung hat im Juli unter dem Titel „Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ eine Reform der GKV beschlossen, die im Herbst im Bundestag verabschiedet werden soll. Das im Koalitionsvertrag angekündigte neue Finanzierungsmodell ist darin nicht enthalten. Stattdessen geht es hauptsächlich um die Abwendung eines ansonsten für 2011 prognostizierten Defizits der Krankenkassen in Höhe von 11 Mrd. Euro. Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. die Wiederanhebung des allgemeinen Beitragsatzes zur GKV auf 15,5%;
2. eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags auf den neuen Wert von 7,3 Prozent;
3. die Aufhebung der „Überforderungsgrenze“ bei den Zusatzbeiträgen,
4. die Einführung eines Sozialausgleichs für diejenigen, bei denen der mittlere Zusatzbeitrag 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens übersteigt;

ferner eine Reihe von Einmal-Maßnahmen für das kommende Jahr:

5. ein Verbot des Anstiegs der Verwaltungskosten der Krankenkassen bis 2012,
6. Begrenzungen der Ausgabenzuwächse in mehreren Leistungsbereichen.

Die DGGÖ hält diese Maßnahmen insgesamt nicht für geeignet, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu steigern. Das selbst gesetzte Ziel der Regierung, stabilere, nachhaltigere und gerechtere Finanzierungsstrukturen zu schaffen, wird ebenfalls verfehlt. Zu den einzelnen Reformpunkten:

1. Die DGGÖ begrüßt die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5%, weil sie der Ehrlichkeit der Beitragserhebung in der GKV dient. Die Bezuschussung aus dem Bundeshaushalt war als kurzfristige Konjunktur stützende Maßnahme legitim; auf die Dauer wäre sie systemwidrig gewesen, denn die Versicherten müssen wissen, wie teuer die soziale Krankenversicherung sie kommt. Eine Umwegfinanzierung über Steuern verringert die Transparenz von Kosten und Leistungen. Sie sollte regelgebunden auf die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen beschränkt werden.
2. Auch die annähernd hälftige Aufteilung des Kassenbeitrags auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verringert die Transparenz. Es ist ökonomisch nicht plausibel, dass jeder Ausgaben steigernde medizinische Fortschritt die Arbeitskosten erhöht. Daher ist die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags sinnvoll. Diese wird allerdings durch die Erhöhung von 7,0 auf 7,3 Prozent gleich wieder in Frage gestellt. Glaubwürdiger wäre es gewesen, den Arbeitgeberbeitrag auf dem alten Wert zu belassen.
3. Die Freigabe des Zusatzbeitrags als solche ist positiv zu bewerten, da nach der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nur der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Kassen dienen kann. Je mehr sich die Kassen im Preis unterscheiden können, um so eher lohnt sich ein Kassenwechsel und um so intensiver ist der Wettbewerb. Allerdings wird der Zusatzbeitrag erst dann ein echter Preis, wenn er von allen erwachsenen Versicherten verlangt wird und nicht nur von Mitgliedern. Dadurch ließen sich auch bestehende Mängel der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vermeiden.
4. Die Ausgestaltung des Sozialausgleichs ist aus zwei Gründen misslungen: Wie der allgemeine Beitrag orientiert sich auch der Anspruch an einen Ausgleich wiederum nur am beitragspflichtigen Einkommen, das bekanntlich nicht die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit des Haushalts widerspiegelt. Kritisch ist ferner die Aussage des Gesundheitsministers zu werten, für den Sozialausgleich müssten keine Steuern erhöht werden, sondern seine Finanzierung sei „aus allgemeinen Haushaltsmitteln grundsätzlich darstellbar“. Die Regierung lässt eine langfristige Strategie vermissen, ob der Ausbau der Zusatzbeiträge einen Einstieg in die Gesundheitsprämie bedeuten soll oder nicht. Im ersten

Fall wird es über kurz oder lang Steuererhöhungen geben müssen. Im zweiten Fall ist der Sozialausgleich überflüssig.

5. Ein Einfrieren der Verwaltungskosten der Krankenkassen ist kontraproduktiv, weil es verschwenderische Kassen belohnt und sparsame bestraft und darüber hinaus verhindert, dass die Kassen im Vertragsgeschäft innovative Wege beschreiten, um Leistungsausgaben zu verringern. Eine Kasse, die im Wettbewerb steht, hat ein Eigeninteresse an schlanken Verwaltungsstrukturen; staatlicher Druck hilft da nichts.
6. Von oben diktierte Ausgabengrenzen sind die Fortsetzung der altbekannten zentralisierten Gesundheitspolitik, bei der die Stärke einer Lobbygruppe darüber entscheidet, wie viel Geld sie ihren Mitgliedern sichert, seien es die Hausärzte, die Spezialisten, die Zahnärzte, die Krankenhäuser, die Pharmaunternehmen oder die Apotheker. Wirtschaftlicher wird unser Gesundheitswesen dadurch nicht.

Die DGGÖ vermisst in der anstehenden „Gesundheitsreform“ bessere Alternativen:

Der größte Mangel besteht darin, dass den Krankenkassen im Wettbewerb keine zusätzlichen Instrumente in die Hand gegeben werden, um durch individuelle Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern selbst für mehr Wirtschaftlichkeit zu sorgen. Während im ambulanten Bereich Selektivverträge bereits möglich sind, fehlt dieses Mittel im stationären Bereich völlig. Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht nur eine sehr hohe Bettendichte, sondern auch eine überproportionale Zahl kleiner und nicht spezialisierter Krankenhäuser. Darunter leidet nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die medizinische Qualität. Die längst fällige Umstrukturierung würde durch den Markt zustande kommen, wenn man den Kassen den Sicherstellungsauftrag erteilte und ihnen zugleich das Recht einräumte, nur mit den Krankenhäusern einen Vertrag abzuschließen, die für eine hochwertige Versorgung ihrer Versicherten erforderlich sind.

Auch bezüglich des Inhalts der Versorgungsverträge, speziell der Vergütungsform, sollte der Gesetzgeber den Vertragspartnern weitgehende Gestaltungsfreiheit einräumen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen könnte hier als Entdeckungsverfahren wirken, in dem verschiedene Kassen unterschiedliche Kombinationen von Vergütungen mit ihren Vertragspartnern erproben können. Erst durch einen solchen Prozess von Versuch und Irrtum kann die Effizienz des Leistungsgeschehens in der Gesundheitsversorgung nachhaltig gesteigert werden.

Von allen diesen Optionen enthält das beschlossene Reformpaket nichts. Es werden zwar „strukturelle Reformen im System“ angekündigt, die „zu mehr Wettbewerb, mehr Freiheit für den Einzelnen und weniger Bürokratie führen“ sollen, es fehlen jedoch konkrete Maßnahmen, die dieser Ankündigung im Hinblick auf mehr Vertragsfreiheit gerecht würden.

Ansprechpartner: Prof. Dr. Stefan Willich, Humboldt-Universität Berlin (Vorsitzender)
Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth (designierter Vorsitzender)
Prof. Dr. Friedrich Breyer, Universität Konstanz (stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Duisburg-Essen (Generalsekretär)

Koordinaten siehe Internet Adresse www.dggoe.de