

IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



10 / 2007

Die Moral-Hazard-Spirale

von Andreas Meusch

Die Moral-Hazard-Spirale

Wie die konsequente Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung ruiniert

von Andreas Meusch

1. Morbidität ist ein Begriff aus der Epidemiologie, er gibt die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe an. In diesem Aufsatz geht es aber nicht um das Messen von Morbidität an sich – dass man es kann, ist Prämisse jeder Epidemiologie – hier geht es darum, welche Auswirkungen es hat, wenn Morbidität zur Grundlage wird, um Geldströme zu steuern.
2. 2005 hat die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs (M-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland amtliche Bedeutung erhalten. Da hat das Bundesverfassungsgericht zum Risikostrukturausgleich festgestellt: „Die Merkmale Alter, Geschlecht und Rentenbezug sind zwar leicht feststellbar und dienen deshalb der Praktikabilität des Finanzausgleichs, sie sind aber unscharf in der Abbildung der Morbidität der Versicherten“¹.
3. Die Forderung nach mehr Schärfe in der Abbildung der Morbidität wirft zunächst die Frage auf, was Morbidität eigentlich ist. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V kennt keine Definition von Morbidität oder Krankheit, die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hilft sicher nicht weiter². In den Verhandlungen um das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde deshalb der politische Kompromiss erzielt, den RSA durch eine direkte Morbiditätserfassung zu erweitern. Dazu soll für 50 bis 80 kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten ein Versichertenklassifikationsmodell angewandt werden. Die Aufgabe, ein solches Modell auszuwählen, wurde dem Bundesversicherungsamt übertragen, das sich dabei von einem vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) berufenen Beirat beraten lässt³. In der Verordnung zum RSA (RSAV) hat das BMG festgelegt, dass der Beirat die Krankheiten anhand von ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffen identifizieren soll (§ 29 RSAV). Diese Entscheidung ist wesentlich durch ein wissenschaftliches Gutachten aus 2005⁴ geprägt, die internationale Erfahrungen über Risikoausgleichssysteme⁵ berücksichtigt, einschließlich der Möglichkeiten, das Morbiditätsspektrum ohne verfälschende Einbußen zu reduzieren⁶.

¹ BVerfG 2005 Rz. 187

² WHO vom 22. Juli 1946: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“)...

³ Diesem Beirat gehören an: die Professoren Matthias Schrappe, Saskia Drösler, Wolfgang Greiner, Gerd Glaeske, Reinhard Busse und Thomas Schäfer

⁴ Reschke, P./ Sehlen, S./Schiffhorst G. et al: Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Bonn 2005 (Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung)

⁵ Van der Ven, W./Ellis R.: Risk Adjustment in Competitive Health Ploan Markets, in: Culyer, A./Newhouse, J. (Hrsg.): Handbook of Health Economic, Volume 1A, Amsterdam 2000, S. 755-845

⁶ Pope, G./Kautter, J./Ellis RP et al.: Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. Health Care Financing Review, Jg. 25 Heft 4, S. 119-141

4. Dieser Aufsatz wird geschrieben, obwohl das relevante Gutachten noch nicht vorliegt. Dies muss kein Nachteil sein, da hier nicht ein Beitrag über die Validität der Morbiditätsparameter geleistet werden soll. Trotz bestehender Ansätze, die Methodik inhärent zu erschüttern⁷, kann man davon ausgehen, dass über die Kritik an methodischen Details die inzwischen zu einem geschlossenen Weltbild verfestigte Argumentationslinien schwerlich zu erschüttern sind. Das Gedankengebäude ist inzwischen so ausgefeilt, dass man es verlassen und von außen ansehen muss, um es beurteilen zu können. Man muss den M-RSA im Kontext bestehender Wirkmechanismen im Gesundheitswesen betrachten und die Verbindung zum gleichzeitig geplanten Gesundheitsfonds herstellen, damit deutlich werden kann, welcher Irrweg mit der Morbiditätsorientierung im RSA beschritten wird. Es soll hier gezeigt werden, dass gerade die große Stringenz des M-RSA zu adversen Steuerungseffekten führt.

5. Wozu brauchen wir den M-RSA mit der Differenzierung von bis zu 80 Krankheiten, wenn „Stichproben der AOK zeigen: Die gesamten Ausgaben für Krankenhausleistungen entfallen auf weniger als 20 Prozent der Versicherten. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Arzneimittelbereich“⁸? Für die AOK-Gemeinschaft kann es außerdem nicht darum gehen, ihre vermeintlich schlechteren Risiken ausgeglichen zu bekommen: Bereits beim heutigen RSA hat die Gemeinschaft aller Ortskrankenkassen einen Deckungsgrad von 100,2 Prozent, entspricht damit geradezu idealtypischen dem Durchschnitt. Ein Bedarf an zusätzlicher Umverteilung kann dies wirklich nicht begründen. Dies gilt umso mehr, als die Erklärungskraft verschiedener Modelle für einen M-RSA für individuelle Ausgabenunterschiede bei zehn bis 15 Prozent und damit nicht signifikant über den Werten der meisten Risikofaktoren des bestehenden RSA liegt⁹. In einem Ausbau des RSA sieht Zach deshalb „eine Produktionsmaschine für Krankenkosten“¹⁰.

6. Für das AOK-System bedeutet die Einführung des M-RSA betriebswirtschaftlich also, dass es ihm gelungen ist, die internen Kostenprobleme einzelner Landes-AOKen zu externalisieren und betriebswirtschaftlich falsch aufgestellte Einheiten durch Mitbewerber sanieren zu lassen. Warum eine Fusion zwischen den AOKen Rheinland und Hamburg, nicht aber zwischen Berlin und Brandenburg gelingt, zeigt ein Blick in ein Gutachten, das der M-RSA Befürworter Wasem geschrieben hat¹¹: Die Fusion der AOKen im Osten einschließlich Berlin würde das Kostenproblem der Gesundheitskasse in der Hauptstadt lösen und damit der Strategie widersprechen, die Lösung der AOK-internen Probleme durch Umverteilung statt durch die Schaffung betriebswirtschaftlich lebensfähiger Einheiten zu lösen.

⁷ s. z.B. Hernold, Peter/König, Christina/Malin, Eva-Maria: Der Morbi-RSA - Gutachterempfehlung auf tönernen Füßen, in: Die BKK 02/2005, S. 58-60

⁸ Jacobs, Klaus/Klauber, Jürgen: Fragwürdige Mengenlehre, in: Gesundheit und Gesellschaft 11/2007, S. 14-15, S. 14

⁹ Zach, Manfred: Warum der Risikostrukturausgleich zurückgebaut werden sollte, in: Klusen/Meusch (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden 2005, S. 50-64, S. 58

¹⁰ ibid.

¹¹ Wasem, J./Buchner, F./Lux, G./Manouguian, M.-S./Schillo, S.: Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG (Diskussionsbeitrag aus dem FB Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Nr. 153, Januar 2007; <http://www.uni-due.com/medman/Lehrstuhl/Aktuelles/DiskussionspapierGesundheitsreformNr153.pdf>; am 10. Dezember 2007

7. Seine volle Wirkung entfaltet der M-RSA in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds: „Das Bundesgesundheitsministerium hat uns mit dem Gesundheitsfonds eine Gelddruckmaschine beschert“ zitiert die FTD einen Investmentbanker, der für AOKen ein Konzept prüft, wie diese eigene Immobilien mieten kann. „Es gebe kein Ausfallrisiko, weil die vertraglich vereinbarten Mietzahlungen über den internen Strukturausgleich der Kassen (sic!) gesichert seien“, so die Zeitung weiter¹². Dass damit Kosten gespart würden, behauptet nicht einmal die betroffene AOK: „Unter dem Strich entstehen uns Kosten von rund 2,8 Mio. Euro pro Jahr“ wird der zuständige Bereichsleiter zitiert¹³.

8. Das Beispiel zeigt: Hier werden moral-hazard Probleme virulent. Der einzelne Marktteilnehmer, hier die AOKen, optimieren sich in voller Kenntnis der Tatsache, dass sie damit dem Gesamtsystem schaden. Nun sind moral-hazard Probleme ein unvermeidlicher Kollateralschaden in jedem Gesundheitssystem. Sie lassen sich nicht einmal vermeiden, wenn völlig auf Versicherungen verzichtet würde. Um zu erläutern, warum hier ein systemgefährdender Quantensprung zu erwarten ist, ist zunächst ein Rückblick auf die Geschichte des moral-hazard im Gesundheitswesen hilfreich.

9. Traditionell wird die Vergütung des Arztes durch die Erkrankung des Patienten gesteuert. Dass damit moral-hazard Probleme verknüpft sind, ist eine triviale Erkenntnis, seit in China Ärzte bezahlt wurden, solange Patienten gesund sind und nicht dafür, dass sie eine Krankheit behandeln¹⁴. Auch die Trennung der Professionen Apotheker und Arzt hat ihre ordnungspolitische Begründung in der Vermeidung von moral-hazard Konstellationen: Der Arzt soll nicht daran verdienen, dass er teure Medikamente verschreibt. Es war also schon in Zeiten notwendig, moral-hazard Prävention zu betreiben, in denen Narkose nicht erfunden und Arzneien wirklich bitter waren und der Patient die Therapie selbst bezahlte. Wie wichtig ist es heute, da Therapien nicht mehr schmerzhaft sein müssen und Versicherungen das Kostenrisiko tragen?

10. Versicherungen können moral-hazard reduzieren, indem sie risikoadäquate Beiträge verlangen oder durch Selbstbehalte bzw. Beitragsrückgewähr Anreize schaffen. Aber selbst diese Anreize können das Problem zwar reduzieren, nicht aber lösen. Was ist aber, wenn Versicherte unsanktioniert Versicherungen wählen können, die solche Anreize zur Kostenvermeidung nicht setzen? – Die Moral-Hazard-Spirale kommt in Gang.

11. Die Einführung von Versicherungen, die dem Patienten Teile oder das ganze Kostenrisiko der Krankenbehandlung abnehmen, ist nicht nur sozialpolitisch ein Paradigmenwechsel. Auch die Wahrscheinlichkeit für moral-hazard wächst deutlich. In einer Welt ohne Krankenversicherung kann moral-hazard nur beim Arzt vorkommen, der aus wirtschaftlichen Motiven nicht indizierte Leistungen erbringt oder veranlasst. Die Einführung einer Versicherung hat mit Blick auf moral-hazard eine vierfache Wirkung:

¹² Financial Times Deutschland vom 29. November 2007

¹³ ibid.

¹⁴ Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias: Gesundheitsökonomik, 5. Auflage Berlin, Heidelberg, New York 2005, S. 418

- Das Interesse des Versicherten lässt nach, dem moral-hazard des Arztes entgegenzuwirken, wenn und so weit die Versicherung für die Kosten aufkommt;
- Weil Ärzte um dieses Phänomen wissen, schätzen sie das Risiko, bei einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung ertappt zu werden, geringer ein. Die Wahrscheinlichkeit wächst, dass Ärzte medizinisch nicht indizierte Leistungen erbringen;
- Das Interesse des Versicherten an Krankheitsvorbeugung und -vermeidung wird reduziert, da er die Kosten seines Verhaltens auf die Versicherung abwälzen kann¹⁵;
- Es kann Konstellationen geben, in denen sich Arzt und Patient gegen die Versicherung verbünden: Wenn Doc Holiday seinem Patienten einen gelben Urteilschein ausstellt, dann profitieren beide.

Die moral-hazard-Spirale dreht sich also weiter.

12. In dieser Konstellation haben die Versicherungen eine wesentliche Funktion und ein vitales Interesse daran, moral-hazard zu vermeiden. Das System wird zwar teurer, funktioniert aber aus drei Gründen:

- Die überwiegende Zahl von Ärzten und Versicherten verhält sich korrekt, die Zahl der Freerider ist aufgrund intrinsischer Motivation bei den meisten Ärzten und Versicherten beherrschbar.
- Die Versicherungen kommen ihrer Aufgabe nach, moral-hazard zu minimieren.
- Die Politik interveniert, um dieses System und die volkswirtschaftlichen Kosten zu stabilisieren.

13. Eine völlig neue Konstellation entsteht, wenn auch die Versicherungen ein Interesse an einer Leistungsausweitung haben können. Dieser Paradigmenwechsel ist im deutschen Gesundheitssystem spätestens mit der Berücksichtigung von Einschreibungen in Disease-Management-Programmen (DMP) erreicht. „Einschreiben, aber dalli! Wie Kassen bei DMP Druck machen“ titelt die „Ärzte Zeitung“¹⁶, und es überrascht nicht, dass Ärzte sich beim „Morbi-Zuschlag“ gegen die Krankenkassen durchsetzen: „So akzeptieren die Kassen einen Morbiditätszuschlag in noch ungekannter Höhe. Zudem müssen Ärzte gegenüber ihrer KV keine Einzelleistungen auflisten, wie es die Kassen gefordert hatten“¹⁷. Statt eines Qualitätswettbewerbs haben die DMPs einen Einschreibewettbewerb ausgelöst, denn die Anreize sind klar gesetzt: Zum Beispiel betrug der Zusatz-Beitragsbedarf im RSA 2005 in der im Durchschnitt je Diabetes II-Versicherten rd. 1.360 Euro.

¹⁵ s. dazu: *ibid.* S. 244 -269

¹⁶ ÄZ vom 26. September 2007, S. 1

¹⁷ ÄZ vom 12. September 2007, S. 1

Und die Kreativität, mit der Einschreibungen generiert werden, ist bislang nicht an Grenzen gestoßen. So lässt die AOK Hessen bei einem IT-Unternehmen eine Software entwickeln, die in den Datenbeständen der Ärzte Risikopatienten identifiziert. „Rund 50.000 AOK-Versicherte sollen die Ärzte bis Ende 2008 herausfiltern und anschreiben, so die Vorgabe (sic!)\", schreibt die Financial Times Deutschland¹⁸.

Von den DMP profitieren dann auch die Versicherten von bestimmten Krankenkassen. „Meine Patienten erhalten für meine Behandlung also drei mal so viel Geld wie ich“ stöhnt ein genervter Kassenarzt in der „Ärzte Zeitung“, weil für die Tatsache, dass sich Patienten gemäß den DMP-Leitlinien therapieren lassen, sie von bestimmten Kassen 100 Euro erstattet bekommen¹⁹.

Die DMPs sind also die Light-Variante des M-RSA und produzieren neben partiellem Nutzen²⁰ vor allem eine weitere Windung in der moral-hazard-Spirale.

14. Die Befürworter des M-RSA sehen dies anders: „Mit dem Übergang zum morbiditätsorientierten RSA sind kostenintensive Kranke erstmals keine „schlechten“ Risiken mehr für eine Krankenkasse, die zu negativen Deckungsbeiträgen führen“²¹. Dies ist aus zwei Gründen Wunschenken:

- Es besteht weiter die Gefahr der Risikoselektion durch Leistungsanbieter, die „vorzugsweise ihre Kapazitäten mit Behandlungen auslasten, bei denen die Differenz zwischen der entsprechenden Vergütung und den zugehörigen Behandlungskosten möglichst groß ausfällt und die Behandlung von Patienten, deren Behandlungskosten höher ausfallen als die entsprechende Vergütung, zu vermeiden suchen“²².
- Wie für die Ärzte sich nur Patienten rechnen, die mehr Geld einbringen als sie Aufwand kosten, so rechnen sich für die Krankenkassen auch nur die Versicherten, die einen positiven Deckungsbeitrag bringen. Wer mehr kostet als er an Deckungsbeitrag bringt, ist und bleibt versicherungsmathematisch ein schlechtes Risiko.

¹⁸ Financial Times Deutschland vom 25. 10. 2007, S. 8

¹⁹ Ärzte Zeitung vom 2./3. November 2007, S. 7

²⁰ s. dazu: Klusen, N./Straub, S./Meusch, A.: Vorwort, in: Diess.: Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden 2005, S. 7-10, S. 8

²¹ Wasem, Jürgen/Lauterbach, Karl W./Schräder, Wilhelm F.: Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, in GGW 2/2005, S. 7-15, S. 14

²² Klaus Jacobs, zit. nach: Frank Daumann: Koreferat zu „Vergütungssysteme und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Eberhard Wille (Hrsg.): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2002, S. 35-41, S- 37 (Gérard Gäfgen, Peter Oberender (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Beiträge Band 38)

15. Wer ein gutes, wer ein schlechtes Risiko ist, das lässt sich normativ wie oben beschrieben im Rahmen des M-RSA definieren und ist für Arzt und Krankenkassen berechenbar. Und wenn die Einschätzungen der AOK stimmen, dass 20 Prozent der Versicherten die relevanten Krankenhaus- bzw. Arzneimittelausgaben verursachen²³, dann lässt sich auch berechnen, wer von denen in der jeweiligen Morbiditätskohorte eines wie auch immer definierten M-RSA über dem Durchschnitt liegt. Die Tatsache, dass der M-RSA prospektiv berechnet wird, macht diese Berechnungen zwar ungenauer, ist aber kein ernsthaftes Gegenargument.

16. Diese Logik gilt für den heutigen RSA und den M-RSA gleichermaßen. Die Praxis bestimmter Krankenkassen bestätigt auch diese Logik. Was wird durch die Einführung des M-RSA anders?

- Die größere Genauigkeit in der Abbildung des Morbiditätsgeschehens führt zu einer deutlichen Steigerung des betriebswirtschaftlichen Drucks auf die Kassen, so zu verfahren. Wenn das Geld für die Gesunden über den M-RSA völlig abgeschöpft wird, dann können es sich die Kassen im wahrsten Sinne des Wortes nicht mehr leisten, für die wirklich Kranken mehr Geld auszugeben als sie über den RSA erhalten. Ein kasseninterner Solidartransfer wird qua Gesetz faktisch unterbunden.
- Die Verbindung mit dem Gesundheitsfonds nimmt jeden finanziellen Spielraum, Geld für die Kranken auszugeben, die mehr kosten als ihrem Morbiditätsprofil im RSA entspricht. Selbst wenn eine Krankenkasse aus Image-Gründen oder aus dem Solidaritätsgedanken heraus dies tun wollte, die ökonomischen Anreize von M-RSA plus Gesundheitsfonds sind so stringent, dass diese Krankenkasse sich betriebswirtschaftlich zu ruinieren droht.

17. Für die Befürworter des M-RSA ist es ein positiver Effekt, dass die einzelne Krankenkasse ihre Funktion als Träger des Solidaritätsgedankens verliert: „Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Darstellungen über „Gewinner“ und „Verlierer“ des RSA auf der Kassen- oder Kassenartenebene ... vollständig funktionslos“²⁴. Dies ist im Gedankengebäude der M-RSA Befürworter logisch argumentiert, verkennt aber die Effekte der moral-hazard-Spirale. Wenn die einzelne Krankenkasse über die Kombination von M-RSA plus Gesundheitsfonds ihrer Funktion als Solidargemeinschaft beraubt wird, alle finanziellen Möglichkeiten, Kranken mit Kosten über ihrem M-RSA Profil solidarisch zu stützen, durch die gesetzlich geschaffenen Anreize konterkariert werden, dann bleibt im moral-hazard der letzte Ausweg.

²³ s. Anm. 8

²⁴ Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich: notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV, in: GW 372007, S. 7-14, S. 8

18. Gleichzeitig belohnt das System das rentseeking²⁵. Einschreibepremien, Kredite ohne Ausfallrisiko, Geldprämien für Versicherte, die sich behandeln lassen, sind ein Vorgeschmack auf das, was ab 2009 auf das deutsche Gesundheitswesen zukommt: Wer am konsequentesten auf Moral verzichtet und sich hemmungslos über moral-hazard-Strategien optimiert, wird der Gewinner dieses Systems sei. Die Kombination von M-RSA und Fonds wird so für einige die sozialstaatliche Variante des „enrichissez vous!“

19. Das deutsche Gesundheitswesen wird die Kombination von M-RSA und Gesundheitsfonds also von einem System, das moral-hazard zu minimieren sucht ohne ihn vermeiden zu können, zu einem vom moral-hazard dominierten System. Moral-hazard ist vom Rand des Gesundheitssystems zu seinem konstitutiven Kern gewandert. Die moral-hazard-Spirale ist an ihr logisches Ende gekommen.

20. In der hier vertretenen These werden genau die Elemente, von denen sich die Befürworter des M-RSA systemstabilisierende Effekte erhoffen, als Ursache für eine kommende Systemkrise begriffen. Die hier gelieferte Einschätzung findet ihre Begründung in der Systemtheorie, die die Selbsterhaltung bestehender Systeme als konstitutiv für diese begreift. Die Kombination von M-RSA und Gesundheitsfonds beraubt die Krankenkassen ihrer finanziellen Möglichkeiten, ihre tradierte Funktion als Solidargemeinschaft weiter zu erfüllen. Ein Abstraktum namens Fonds wird an ihre Stelle gesetzt, der M-RSA liefert die dazu notwendige Gerechtigkeitslyrik. Die Krankenkassen verlieren zentrale Funktionen, hören aber nicht auf zu existieren. Sie sind keine Solidargemeinschaft mehr, diese Funktion hat ausschließlich die GKV als Ganzes, sie verlieren die Beitragsautonomie, und über den „weit überwiegenden Teil der ca. 150 Mrd. Euro Ausgaben der GKV“ stellt der neu geschaffene Spitzenverband Bund die Weichen²⁶. Die Kassen werden trotzdem gemäß den Prämissen der Systemtheorie²⁷ primär danach streben, sich selbst zu erhalten, auch wenn ihnen mit Service und kleinen Wettbewerbsfeldern z.B. bei Wahlтарifen nur wenig Differenzierungsfelder bleiben. Moral-hazard ist vor diesem Hintergrund nach Überzeugung des Autors das wahrscheinlichere Verhalten als Systemkonformität gemäß den Vorgaben der Befürworter des M-RSA mit dem Begleiteffekt des eigenen Untergangs.

²⁵ zum Verständnis von rentseeking s. Olsen, Mancur: The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups, Harvard 1971

²⁶ Zahn, Christian: Spitzenverband Bund - Selbstverwaltung oder Behörde?, in: Die Ersatzkasse 04/2007, zitiert: <http://www.vdak-aev.de/standpunkte/gesundheitspolitik/index.htm> am 10. Dezember 2007

²⁷ s. z.B.: Kneer, Georg/Nassehi, Armin: Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. München 1993

Sollten M-RSA und Gesundheitsfonds tatsächlich kommen, ist die nächste Reform im Gesundheitswesen damit sicher. Sie wird entweder die Krankenkassen abschaffen und ein staatliches Gesundheitswesen einführen, oder den Krankenkassen wieder zentrale Funktionen zuweisen und M-RSA und Gesundheitsfonds zumindest sehr deutlich modifizieren bzw. ein völlig neues Gesundheitssystem schaffen. Am dysfunktionalen Zustand, wie er durch das GKV-WSG geschaffen wird, kann man wohl kaum festhalten. Joseph Alois Schumpeter und Karl Marx pokern im Himmel oder in der Hölle also gerade um die Zukunft des Gesundheitssystems in Deutschland. Und Niklas Luhmann gibt die Karten.

Andreas Meusch
Leiter der Länderkoordination der
Techniker-Krankenkasse

Bitte besuchen Sie uns auch unter **www.implicon.de**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:**Herausgeber**

Dr. med. Manfred Albring
Tel.: 030/431 02 95

Redaktion

Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift

Warnauer Pfad 3
13503 Berlin

Layout

Roman und Braun GbR
www.romanundbraun.de