

Jacobs, Klaus

Article — Digitized Version

Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Jacobs, Klaus (1993) : Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 73, Iss. 11, pp. 597-602

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/137065>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Klaus Jacobs

Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV

Angesichts der rückläufigen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung wird dem Gesundheitsstrukturgesetz bereits ein durchschlagender Erfolg zugeschrieben. Dabei enthält es einen grundlegenden Widerspruch: Zwar wird eine neue Wettbewerbsordnung für die Krankenkassen geschaffen, doch nehmen gleichzeitig die dirigistischen und wettbewerbsfeindlichen Eingriffe zu. Soll die wettbewerbliche Orientierung der GKV nur ein Lippenbekenntnis bleiben?

Mit der Erweiterung des individuellen Kassenwahlrechts ab 1996/97 wird der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen erheblich an Intensität zunehmen: Wie bislang nur die Angestellten werden in Zukunft auch alle Arbeiter ein weitgehend unbeschränktes individuelles Kassenwahlrecht ausüben können. Gleichzeitig entfallen zahlreiche Mitgliederkreisbeschränkungen einzelner Kassenarten: Alle Ersatzkassen *müssen*, die Betriebs- und Innungskrankenkassen *können* sich für alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in ihrem jeweiligen regionalen Geltungsbereich öffnen.

Der bereits 1994 erstmals durchgeführte bundesweite Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen – zunächst nur für die „aktiven Mitglieder“, ab 1995 dann unter Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner für die gesamte GKV – trägt gleichzeitig dafür Sorge, daß der künftige Kassenwettbewerb – ganz anders als der bisherige! – nicht mehr primär darauf ausgerichtet sein wird, vor allem solche Mitglieder an die eigene Kasse zu binden, von denen im Hinblick auf die Komponenten Grundlohn, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie Alters- und Geschlechtsstruktur günstige Auswirkungen auf die kassenspezifische Risikostruktur und damit zugleich auf den Beitragssatz erwartet werden können. Der Risikostrukturausgleich schafft somit nicht nur eine Angleichung der Startchancen aller Kassen im künftigen Wettbewerb; er beseitigt auch den bislang gültigen Mechanismus, wonach eine Kasse ihre Wettbewerbsposition gegenüber ihren Konkurrenten durch Erfolge bei dem gleichermaßen volkswirtschaftlich sinnlosen wie sozialpolitisch fragwürdigen Ringen um „günstige Risiken“ spürbar verbessern konnte.

Weil sich ein Großteil der Kassenaktivitäten im fehlge-

leiteten Wettbewerb der Vergangenheit jedoch gerade auf die Gewinnung und Bindung günstiger Versicherungsrisiken richtete, stellt sich nunmehr für viele Kassenverantwortliche die Frage, welchen Zielen der *künftige* Kassenwettbewerb dienen und auf welchen Feldern er vorrangig ausgetragen werden soll. Dieser Frage soll im folgenden nachgegangen werden. Dabei wird auch deutlich, daß die im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeleitete Weichenstellung zu einer wettbewerblichen Orientierung der GKV nur als erster Schritt aufgefaßt werden kann, dem jedoch unbedingt weitere Schritte in dieser Richtung folgen müssen, wenn der künftige Kassenwettbewerb keine „Alibi-Veranstaltung“ bleiben und damit das gesamte Reformvorhaben von vornherein zum Scheitern verurteilt sein soll.

Zunächst darf nicht übersehen werden, daß viele Verantwortliche in den Krankenkassen – aber ebenfalls in der staatlichen Sozialverwaltung auf Bundes- und Landesebene sowie in der Bundes- und Landespolitik – die im GSG vollzogene Weichenstellung in Richtung einer wettbewerblichen Orientierung der GKV noch längst nicht akzeptiert und entsprechend weder gedanklich noch im praktischen Handeln nachvollzogen haben. Im Unterschied zu vielen Absichtserklärungen – in erster Linie von seiten der Kassenverbände –, in denen die uneingeschränkte Bereitschaft bekundet wird, sich ab sofort offensiv auf den künftig verschärften Kassenwettbewerb einzurichten, gibt es bei zahlreichen Beteiligten noch immer gravierende Vorbehalte gegen eine derartige Entwicklung der GKV, auf die hier kurz eingegangen sei.

Ein vielfach geäußelter Vorbehalt ist grundsätzlicher Art; er richtet sich dagegen, daß im „bewährten Krankenkassensystem“ überhaupt eine derart einschneidende Reform erfolgt, die überdies insofern eine Gefahr bedeute, als verschärfter Kassenwettbewerb nicht mit dem Solidarprinzip der GKV zu vereinbaren sei. Diesem Einwand muß jedoch deutlich widersprochen werden: Zum einen ist das gegliederte Kassensystem vielen der seit seiner Entstehung grundlegend veränderten Aufgaben

Dr. Klaus Jacobs, 36, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.

einer modernen und im Interesse ihrer Versicherten aktiven Krankenversicherung schon längst nicht mehr gewachsen. Zwar kann das bundesdeutsche System der sozialen Krankenversicherung – auch im internationalen Vergleich – sehr wohl als „grundsätzlich bewährt“ gelten, wenn es um den hohen Versicherungsgrad der Bevölkerung, das allgemeine Absicherungsniveau sowie die prinzipiell an der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Mitglieder orientierte Aufbringung der Beitragsmittel geht; im Hinblick auf die *Steuerung von Quantität und Qualität der versicherten Versorgungsleistungen* und die Entwicklung der damit verbundenen Leistungsausgaben der GKV hat sich das System jedoch letztlich als untauglich erwiesen.

Wenn es immer erst – wie jetzt wieder einmal mit dem Gesundheitsstrukturgesetz geschehen – eines besonderen Kraftaktes des Gesetzgebers bedarf, um z.B. das seit langem kritisierte Preissystem der tagesgleichen Pflegesätze im Krankenhaus zu beseitigen oder die ebenfalls seit langer Zeit immer wieder geforderte „engere Verzahnung“ zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich zu verbessern oder die nahezu ungehemmte Praxis medizinisch fragwürdiger Verschreibungen und Verordnungen durch niedergelassene Ärzte einzudämmen, dann kann es um die bisherige Funktionsfähigkeit des gegliederten Kassensystems ganz offenkundig nicht nur positiv bestellt gewesen sein. Allgemein formuliert: Die vielfältigen Fehlallokationen im System der Gesundheitsversorgung sind ein klarer Beleg für das bislang völlig *unterentwickelte Selbstregulierungspotential der GKV*, die immer wieder darauf angewiesen war (und sich zugleich darauf verlassen hat), daß sich der Gesetzgeber schon zu gegebener Zeit der immer zahlreicher auftretenden Allokationsprobleme annehmen würde – ein Steuerungsmechanismus, dessen Erfolgsaussichten aufgrund der eingeschränkten Strategie- und Handlungsfähigkeit des Gesetzgebers – u.a. aufgrund seiner „internen Interessenkonflikte“ als multifunktionaler Akteur – immer von vornherein begrenzt waren und stets bleiben werden.

Widersprochen werden muß aber auch der pauschalen Auffassung, wonach Wettbewerb der Krankenkassen und Solidarprinzip der GKV einander grundsätzlich nicht vertragen. Hier gilt es genau zu unterscheiden: Das Solidarprinzip hat für die gesetzliche Krankenversicherung zweifellos konstitutiven Charakter. Danach hat die übergroße Mehrheit der Bevölkerung Anspruch auf umfassenden Krankenversicherungsschutz, und zwar unabhängig von ihrem individuellen Einkommensniveau, von der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen je Mitglied sowie vom jeweiligen Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten. Die Erfüllung dieser Solidaraufgaben wird durch ein Mehr an sinnvollem Kassenwettbewerb

aber keineswegs erschwert; vielmehr sorgt die bevorstehende Einführung des bundesweiten Risikostrukturausgleichs zwischen allen Krankenkassen als „technischer Kern der neuen Wettbewerbsordnung“ gerade erst dafür, daß die Solidaraufgaben – unabhängig von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit – in Zukunft gleichmäßig auf die Schultern aller GKV-Mitglieder verteilt werden. Demgegenüber war der bisherige Kassenwettbewerb um „günstige Risiken“ – verbunden mit entsprechenden Abwehrmaßnahmen einzelner Kassen gegen tatsächlich oder vermeintlich „ungünstige Risiken“ – in der Tat problematisch für das Selbstverständnis einer solidarischen Krankenversicherung. Zugleich wurde aktives Handeln der Krankenkassen abgelenkt von ihren „eigentlichen“ Aufgaben, dem engagierten Eintreten für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung.

Kassenwettbewerb ist also nicht schon ein Problem „an sich“ für das Solidarprinzip der GKV, sondern es kommt entscheidend darauf an, welcher Art dieser Wettbewerb ist und wie seine Existenz und seine Qualität im Gesamtinteresse der GKV gesichert werden. Ob sich die jetzt anbahnende Intensivierung des Kassenwettbewerbs am Ende gelohnt hat, wird somit letztlich nicht danach beurteilt werden können, ob ein möglichst intensiver Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stattfindet, sondern ob der künftige Wettbewerb im Ergebnis zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führt.

Eigentliche GKV-Aufgaben

Der Stellenwert des künftigen Kassenwettbewerbs ist damit klar: Im Unterschied zum Solidarprinzip der GKV hat ihre wettbewerbliche Orientierung allein *instrumentellen Charakter*. Wettbewerb ist niemals Selbstzweck, sondern immer nur Mittel zum Zweck. Und der Zweck jeder weitreichenden Strukturreform des GKV-Systems kann letztlich nur darin liegen, daß Qualität und Wirtschaftlichkeit der versicherten Gesundheitsleistungen verbessert werden, daß die bestehenden Fehlallokationen im Bereich der Gesundheitsversorgung abgebaut werden und daß durch die Schaffung geeigneter Steuerungsmechanismen so weit wie nur irgend möglich verhindert wird, daß immer wieder neue Fehlallokationen entstehen.

Das bedeutet im Ergebnis, daß Kassenwettbewerb als Steuerungsinstrument erst dann sinnvoll wirken kann, wenn er sich auf die „eigentlich“ zentralen Handlungsfelder der Krankenkassen bezieht. Und diese können in Zukunft – im Unterschied zur bisherigen Praxis und entgegen vielen noch immer verbreiteten Erklärungen – keineswegs primär in einer möglichst effizienten Gestaltung des „5-Prozent-Bereichs“ der Verwaltungsausgaben liegen, sondern müssen zuallererst und überwiegend im

„95-Prozent-Bereich“ der Leistungsausgaben angesiedelt sein, wenn sich die erfolgte Richtungsentscheidung zugunsten einer wettbewerblichen Orientierung der GKV nicht als bloßes Strohfeuer erweisen soll.

Fehlallokationen und aus ihnen resultierende Finanzprobleme im Bereich der GKV bestehen in erster Linie nicht in „aufgeblähten Verwaltungsstrukturen“ der Kassen mit vermeintlich zu vielen oder überbezahlten Kassenmitarbeitern, luxuriösen Dienstwagen oder allzu üppigen Verwaltungsgebäuden; im Ergebnis – das heißt vor allem: im Hinblick auf den Beitragssatz – *wirklich* teure Fehlallokationen und damit Unwirtschaftlichkeiten liegen vielmehr vor, wenn z.B.

- Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden, ohne daß dies in jedem Fall medizinisch erforderlich ist,
- Patienten länger als erforderlich im Krankenhaus liegen, weil das Versorgungsmanagement im Krankenhaus unzureichend entwickelt ist,
- bei der Diagnostik unnötiger Gebrauch von medizintechnischen Großgeräten gemacht wird, damit sich die entsprechenden Investitionen möglichst rasch amortisieren,
- noch immer zu viele und zu teure Medikamente verschrieben bzw. Heil- und Hilfsmittel verordnet werden,
- im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich vielfach unzulängliche Qualitätsstandards herrschen usw.

Wenn sich der Kassenwettbewerb als ein wirklich erfolgreiches Steuerungsinstrument erweisen soll, dann muß er dazu beitragen, die zahlreichen Fehlallokationen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu vermindern bzw. bereits ihr Entstehen zu verhindern, statt lediglich eine effizientere Verwaltung von nach wie vor vielfach ungemessenen und unwirtschaftlichen Versorgungsleistungen anzustreben.

Aufgeklärte Versicherungskonsumenten

Nicht zuletzt erfordert die wettbewerbliche Orientierung der GKV und das in diesem Kontext immer wieder betonte Erfordernis, die Krankenkassen von Einrichtungen der parastaatlichen Sozialverwaltung zu modernen Dienstleistungsunternehmen zu entwickeln, ein grundlegendes Umdenken in bezug auf die Rolle der Versicherten, für die die Krankenkassen Dienstleistungsfunktionen erfüllen. In dieser Perspektive ist es zunächst die zentrale Aufgabe der Krankenkassen, dafür zu sorgen, daß ihre Kunden, denen sie den entsprechenden Versicherungsschutz verkaufen, im Fall einer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch wirklich die Versicherungsleistungen erhalten können, die aus medizinischer wie ökonomischer Sicht dem jeweils aktuellen Stand des Wissens entsprechen.

In Zukunft wird sich der Versicherte bei seiner Kassenwahl für diejenige Kasse entscheiden, von der er glaubt, daß sie diese Aufgabe in seinem Interesse am besten erfüllen kann. Die Letztentscheidung darüber, was im Interesse des einzelnen Versicherten liegt, kann in einem funktionierenden wettbewerblichen Kassensystem jedoch weder dem Gesundheitsminister noch einer politischen Partei, weder einem Sachverständigenrat noch Kassenmitarbeitern zustehen, sondern nur dem mündigen Versicherten selbst. Mit dem veränderten Verständnis von der Dienstleistungsfunktion der Krankenkassen korrespondiert somit ein gleichfalls gründlich verändertes Verständnis von der aktiven Rolle des Bürgers als „aufgeklärter Gesundheits- und Versicherungskonsument“, das sich diametral von der passiven Rolle eines letztlich „ausgelieferten“ und deshalb schutzbedürftigen „Verwaltungsobjektes GKV-Versicherter“ unterscheidet. Zu diesem Verständnis gehört es auch zu akzeptieren, daß die Versicherten überhaupt ein eigenes Interesse in bezug auf die Ausgestaltung ihres Krankenversicherungsschutzes haben (können), wobei keineswegs von vornherein alle Versicherten dasselbe Interesse haben (müssen) – nicht zuletzt weil es keinen allgemeingültigen Maßstab dafür gibt, wie die „optimale“ Versorgungsform bzw. die „richtige“ Behandlungskonzeption als die Hauptinhalte des Versicherungsschutzes auszusehen haben.

Diese Auffassung ignoriert keineswegs das „strukturelle Ungleichgewicht“ im Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Im konkreten Behandlungsfall verfügt in der Regel ausschließlich der Arzt über die „medizinische Definitionsmacht“ – aufgrund seines fachlichen Informations- und Kompetenzvorsprungs, aber auch wegen der gerade im Fall einer akuten gesundheitlichen Beeinträchtigung in besonderer Weise eingeschränkten „Rationalitätsvermögens“ der Patienten. Dies heißt aber nicht, daß der Bürger als Gesundheitskonsument grundsätzlich außerstande ist, Gesundheitsleistungen nach bestimmten Qualitätskriterien beurteilen zu können. Für den Großteil der heutigen und wohl erst recht der künftigen Versicherten ist das Agieren als kritische Verbraucher in nahezu allen Lebens- und Wirtschaftsbereichen fast schon eine Selbstverständlichkeit. Gerade die Krankenkassen können durch gezielte Informationspolitik im Sinne eines „aktiven Verbraucherschutzes“ wesentlich dazu beitragen, die Rolle ihrer Versicherten als kritische Verbraucher auch im Gesundheitsbereich zu stärken.

Im übrigen: Was für den Bürger in seiner Rolle als Konsument von Gesundheitsleistungen in bezug auf seine „strukturelle Unterlegenheit“ gegenüber den Ärzten gilt, trifft noch lange nicht auf seine Rolle als Konsument von Versicherungsleistungen zu. Versicherungsentscheidungen werden in aller Regel nicht unter dem Eindruck des

unmittelbar bevorstehenden Eintritts eines akuten Versicherungsfalles, sondern wohlüberlegt und unter Abwägung der bestehenden Alternativen und ihrer jeweiligen Konsequenzen getroffen. Dabei sollte es in Zukunft möglich sein, daß bei der individuellen Versicherungsentscheidung ganz wesentlich auch darüber mitentschieden wird, wie und durch wen die Versicherungsleistungen primär erbracht werden sollen (was keineswegs unbedingt bedeuten muß, daß der versicherte Leistungskatalog selbst zur individuellen Disposition gestellt wird, womit häufig die Furcht vor dem Entstehen einer unerwünschten „Zweiklassenmedizin“ verbunden wird).

Der in der Vergangenheit immer viel zu schleppend verlaufende Prozeß der Modernisierung von Versorgungsstrukturen, aber auch ein regelmäßiger Blick über die deutschen Grenzen zeigt, daß es das Ziel sein muß, ständig neue Leistungsformen und -konzeptionen mit innovationsbereiten Leistungsanbietern wenigstens zu erproben und den hieran interessierten Versicherten zugänglich zu machen. Dazu kann der künftige Kassenwettbewerb wichtige Impulse geben. Schon deshalb kann es keinesfalls als ausreichend angesehen werden, wenn er sich eher auf „Randgebiete“, wie z.B. eine möglichst effiziente Kassenorganisation, kundenfreundliche Öffnungszeiten der Geschäftsstellen oder ein noch so ausgefeiltes Programm der Gesundheitsförderung, beschränkt, die „eentlichen“ Kernbereiche des GKV-Versicherungsschutzes, also Art und Umfang der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung, aber ausspart.

Erweiterung der Wettbewerbsparameter

Vor diesem Hintergrund ist es beim nächsten Reformschritt in der GKV unbedingt vonnöten, die Wettbewerbsparameter der einzelnen Kassen erheblich zu erweitern, und zwar nicht in erster Linie, weil sonst generell zuwenig Kassenwettbewerb – gleich welcher Art – stattfindet, sondern damit der künftige Kassenwettbewerb dazu beiträgt, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Versicherteninteresse zu verbessern. Die Forderung nach mehr Wettbewerbsparametern wird mittlerweile bereits von vielen Seiten erhoben; dabei wäre die Klage mancher Kassenverantwortlichen über zuwenig Wettbewerbsparameter allerdings sehr viel glaubwürdiger, wenn die bereits bestehenden auch schon bisher intensiv genutzt worden wären.

So steckt vor allem die analytische Durchdringung des Leistungsgeschehens als Voraussetzung jeder zielgerichteten Einflußnahme noch immer – zumindest GKV-weit gesehen – in den Kinderschuhen. Mit der praktischen Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse aus derartigen Analysen ist es entsprechend noch einmal erheblich schlechter bestellt. Dafür nur ein praktisches Beispiel:

Welche Kasse hat z.B. in der Vergangenheit darauf gedrängt, Qualitätszirkel mit ambulant tätigen Ärzten und Zahnärzten einzurichten, in denen auf der Grundlage ausgewerteter Kassendaten das konkrete Behandlungs-, Ein- und Überweisungs-, Verschreibungs- und Verordnungsverhalten der Ärzte in Expertengruppen aufgearbeitet und kritisch beleuchtet worden wäre, um damit letztlich bei den Beteiligten Verhaltensänderungen in Richtung einer besseren und wirtschaftlicheren Versorgung zu befördern? Die zumeist pauschal vertretene Auffassung, daß die „Vertragspartner“ Ärzte und Zahnärzte hieran kein Interesse hätten und ihnen nicht zuviel „zugemutet“ werden dürfe, weil sie im Hinblick auf die Kassenwahl der Versicherten einen maßgeblichen Einfluß ausüben würden, ist geradezu typisch für das weithin passive Kassehandeln der Vergangenheit, das den eigenen Kunden ausschließlich als unmündigen Leistungsempfänger, die Ärzteschaft als monolithischen Machtfaktor und die eigene Rolle als die einer versorgungsinhaltlich inkompetenten Finanzierungsverwaltung verstanden hat.

Die Forderung nach einer Erweiterung der Parameter für einen Kassenwettbewerb, der auf die „eentlichen“ Kassenaufgaben abzielt, also auf die Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im Interesse der Versicherten, bedeutet zugleich zweierlei:

Zum einen muß jede Kasse für sich eigenverantwortlich handeln können. Wenn die Kassen in ihren zentralen Handlungsfeldern – bei ihrer Vertragsgestaltung – weithin „gemeinsam und einheitlich“ auftreten (müssen), gibt es aus Konsumentensicht letztlich keine Legitimation für das Festhalten an Kassenvielfalt. Kassenvielfalt und individuelles Wahlrecht blieben letztlich eine Täuschung, weil weder wirkliche Vielfalt noch echte Wahlmöglichkeiten bestünden. Kassen, die in (fast) allen Fragen (fast) dieselbe (Produkt-, Preis-, Kunden-) Politik betreiben, können ebensogut auch gleich fusionieren (und dabei unter Umständen noch Verwaltungskosten einsparen). Die Forderung nach einem Wegfall der Verpflichtung zum „gemeinsamen und einheitlichen“ Handeln gegenüber den Leistungsanbietern kann sich im übrigen sinnvollerweise nicht nur auf Kassenarten beziehen, sondern muß für jede einzelne Krankenkasse gelten, weil der Wettbewerb ja nicht zwischen Kassenarten, sondern zwischen den einzelnen Kassen stattfindet – unter den Ersatzkassen auch bislang schon mit teilweise großer Heftigkeit innerhalb derselben Kassenart.

Zum anderen kann ebenfalls kein Weg an einer spürbaren Lockerung, wenn nicht Aufhebung der überkommenen Kollektivstrukturen auf der Anbieterseite vorbeigehen, insbesondere im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Auch durch unge-

wöhnliche Wortschöpfungen (z.B. „Einkaufsmodell“) sollte nicht darüber hinweggetäuscht werden, daß es dabei um nichts anderes als um die Einführung markwirtschaftlicher Strukturen einschließlich wettbewerblicher Elemente geht (wie sie im übrigen in nahezu allen Bereichen des deutschen Wirtschaftslebens und auch bereits bei einer Reihe von Gesundheitsleistungen selbstverständlich sind). Es mutet geradezu grotesk an, welche Verrenkungen gegenwärtig auf der Kassenseite angestellt werden, um die klare Aussage zu vermeiden, daß es eindeutig im Interesse der Krankenversicherten und ihrer Kassen, weil letztlich im Interesse der Durchsetzung versorgungsinhaltlich wie ökonomisch richtungsweisender Versorgungsformen und -konzeptionen liegt, das Angebotsmonopol der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aufzubrechen und einen fruchtbaren Wettbewerb unter den ambulant tätigen Ärzten und Zahnärzten in Gang zu setzen – einen Wettbewerb, in dem Fragen der Qualitätssicherung und nicht zuletzt auch der Leistungsvergütung im Mittelpunkt stehen.

Dabei sollte auch nicht übersehen werden, daß es „die Ärzteschaft“ als „monolithisches Interessengebilde“ ebensowenig gibt wie einheitliche Interessen auf seiten der Versicherten. Deshalb muß auch die vermeintliche „Ärztenschwemme“ keine Gefahr, sondern kann vielmehr eine günstige Gelegenheit sein, neue Versorgungs- und Vergütungsformen zu fördern, wie z.B. kooperative ambulante Angebotsformen, pauschale Honorierungssysteme oder Modelle nach dem Vorbild der amerikanischen „Managed Care“-Systeme, darunter als wohl bekannteste Form die Health Maintenance Organizations (HMOs). Auch bedeutet die Beseitigung des bestehenden Angebotsmonopols keineswegs automatisch, daß der einzelne Arzt plötzlich „schutzlos“ den für ihn dann übermächtigen Kassen ausgeliefert wäre. Gemeinsame ärztliche Interessenvertretungen und überindividuelle Vertrags- und Vergütungsregelungen wären nicht nur denkbar, sondern sinnvoll. Grundsätzlich gilt jedoch: So wie die Verpflichtung zum „Gemeinsam und Einheitlich“ auf der Kassenseite wettbewerbs- und innovationsfeindlich ist, behindert auch jede angebotsseitige Monopolstruktur die Entfaltungschancen wettbewerblicher Steuerungsmechanismen.

Vervollkommnung der Wettbewerbsordnung

Neben der Erweiterung der Wettbewerbsparameter seitens der einzelnen Krankenkassen und der gleichzeitigen Aufhebung der wettbewerbsfeindlichen Monopolstrukturen auf der Anbieterseite erscheinen bei der kommenden „Reformrunde“ der GKV noch weitere Maßnahmen zur Vervollkommnung der Wettbewerbsordnung notwendig, von denen abschließend zumindest die fünf wichtigsten (ohne besondere Reihenfolge) kurz benannt seien.

Zum ersten steht nach wie vor die Frage nach dem einheitlichen Regionalbezug der GKV auf der Tagesordnung. Trotz bundesweitem Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen bestehen nach wie vor gravierende Wettbewerbsverzerrungen infolge der unterschiedlichen Beitragssatzregionen der Kassen. Der Verzicht des Gesetzgebers, alle Kassen zu einer regional differenzierten Beitragssatzkalkulation zu verpflichten, hat notwendigerweise einen erheblichen Konzentrationsprozeß innerhalb einzelner Kassenarten zur Folge, der weder politisch so gewollt noch allokatons- und verteilungspolitisch sinnvoll ist (aber gleichwohl wettbewerbspolitisch gegenwärtig unvermeidbar). Kasseninterne Regionaltransfers bedeuten sowohl eine Zementierung regionaler Fehlallokationen der Gesundheitsversorgung als auch deren Subventionierung durch Beitragszahler in anderen, zumeist weniger üppig ausgestatteten Regionen. Im Wettbewerbsinteresse sollten deshalb alle Kassen verpflichtet werden, regional differenzierte Beitragssätze zu erheben, und zwar auf der Grundlage einheitlich abgegrenzter Regionen – etwa nach dem Vorbild der Regionalklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung. Um möglichen Mißverständnissen vorzubeugen: Mit einer Regionalisierung bundesweiter Kassenorganisationen hat diese Forderung nichts zu tun.

Ein zweiter wichtiger Punkt künftigen Reformbedarfs betrifft den Arbeitgeberbeitrag zur GKV. Wenn sich der künftige Kassenwettbewerb in der skizzierten Weise sehr viel stärker auch auf inhaltliche Fragen des Versorgungsgeschehens richten soll – ausgehend von der aktiven Rolle eines mündigen Krankenversicherten –, dann kann bei der individuellen Krankenkassenwahl nicht allein das Kriterium eines möglichst niedrigen Beitragssatzes im Vordergrund stehen – unabhängig davon, welche Form von Versicherungsleistung diesem als Äquivalent gegenübersteht. Weil aber die Arbeitgeber aus betriebswirtschaftlichen Gründen ganz vorrangig an möglichst geringen Lohnnebenkosten interessiert sind, ist nicht auszuschließen, daß zumindest stellenweise – insbesondere in ökonomischen Krisenzeiten – erheblicher Druck auf Beschäftigte ausgeübt wird, sich der Kasse mit dem niedrigsten Beitragssatz anzuschließen, ob deren Versicherungsangebot den jeweiligen Versicherteninteressen entspricht oder nicht. Ein solcher Prozeß würde vermieden, wenn alle Arbeitgeber die Hälfte des mittleren GKV-Beitragssatzes zu entrichten hätten – unabhängig von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten. (Eine durchaus vergleichbare Regelung bestand bereits bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes mit dem § 520 RVO, wonach Arbeitgeber für Ersatzkassenmitglieder stets mindestens den halben Beitragssatz der zuständigen Primärkasse zu entrichten hatten.)

Behandlung ungünstiger Versicherungsrisiken

Weiterer Reformbedarf besteht zum dritten im Hinblick auf solche Versicherte, die sich auch nach Durchführung des Risikostrukturausgleichs als eindeutig „ungünstige Versicherungsrisiken“ darstellen und an deren Versicherung keine Kasse aus Wettbewerbsgründen folglich ein besonders großes Interesse haben kann. Es gibt bereits Anzeichen dafür, daß in einzelnen Kassen darüber nachgedacht wird, von welchen Versicherten nach Risikostrukturausgleich ein besonders ungünstiger Einfluß auf den Beitragssatz ausgeht und wie man solche Versicherte deshalb am besten aus der eigenen Kasse heraushalten kann. Dabei geht es vor allem um Kranke, die dauerhaft hohe Leistungsausgaben verursachen, wie z.B. Dialysepatienten, HIV-Infizierte oder Bluter. Es wäre nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Selbstverständnis und das Ansehen der gesamten GKV in höchstem Maße unwürdig (und überdies volkswirtschaftlich sinnlos), wenn einzelne Kassen tatsächlich mit mehr oder weniger subtilen Mitteln anfangen, derartige Personengruppen auszugrenzen. Probates Gegenmittel: Alle GKV-Kassen führen ein gemeinsames Rückversicherungsmodell für diese gesundheitlich besonders belasteten Versichertengruppen ein, die im übrigen zahlenmäßig nur einen äußerst kleinen Anteil der gesamten Versicherungsgesellschaft ausmachen.

Viertens ist es für einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb unbedingt erforderlich, spätestens ab 1995, wenn der bestehende Krankenversicherung-der-Rentner-Ausgleich in den allgemeinen Risikostrukturausgleich aufgeht, zu einem differenzierten, von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit abhängigen KVdR-Beitrag zu kommen. Es kann künftig nicht länger angehen, daß alle Rentner einen einheitlichen Beitragssatz entrichten, wenn auch für sie die individuelle Kassenwahlfreiheit eingeführt wird. In Kassen mit überdurchschnittlich hohen Rentnerausgaben – wohlgemerkt: *nach* Durchführung des Risikostrukturausgleichs – und gegebenenfalls außerdem einem besonders hohen Rentneranteil müßte ansonsten zur Ausgabendeckung ein entsprechend höherer Beitragssatz bei den Mitgliedern ohne Rentner erhoben werden, der die Konkurrenzfähigkeit der Kasse sehr schnell gefährden könnte. An dieser Stelle sei aber ebenfalls angemerkt, daß es im Grunde keine Berechtigung dafür gibt, daß Rentner den allgemeinen Beitragssatz entrichten müssen, obwohl in ihrem Versicherungsschutz kein Krankengeldanspruch enthalten ist und folglich der ermäßigte Beitragssatz zu erheben wäre.

Die letzte Anmerkung zu einem weiteren Reformbedarf betrifft die Rolle der staatlichen Aufsichts- und Prüfinstanzen. Das wettbewerbliche Kassensystem mit weit-

gehend unbeschränkter individueller Kassenwahl macht ein Gutteil der bestehenden Kontrollfunktionen überflüssig, weil letztlich die Versicherten mit ihrer Kassenwahlentscheidung darüber befinden können und sollen, ob sie mit „ihrer“ Kasse und deren Geschäftsgebaren zufrieden sind oder nicht. (Am Rande: „Echte“ Wirtschaftlichkeitsprüfungen hat es ohnehin nie gegeben, weil – wie oben dargelegt – die wirklich gravierenden Unwirtschaftlichkeiten im GKV-System nicht im „5-Prozent-Bereich“ der Verwaltungsausgaben, sondern im „95-Prozent-Bereich“ der Leistungsausgaben angesiedelt sind, in den die Prüfdienste aber niemals eingestiegen sind.) Die zentrale Funktion der staatlichen Aufsicht besteht künftig in der eines Wettbewerbshüters, der beständig auf die Einhaltung eines lautereren Kassenwettbewerbs zu achten hat. Diese Kontrolle muß im Interesse fairer Wettbewerbsbedingungen „aus einer Hand“ erfolgen, zumindest für alle unmittelbaren Wettbewerber. Dabei ist es letztlich zweitrangig, ob die Wettbewerbskontrolle bundesweit oder jeweils auf Länderebene erfolgt, nur kann es nicht angehen, daß einzelne Gruppen von Wettbewerbern von unterschiedlichen Stellen aus überwacht werden.

Für manche Vertreter der „alten GKV“ werden diese Ausführungen eher als Schreckensbild, denn als erstrebenswerte Zukunftsvision erscheinen, weil vermeintlich zuviel von der alten („bewährten“) GKV über Bord geworfen wird. Und auch mancher Politiker, der stets vollmundig für mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen plädiert hat, bekommt möglicherweise einen Schrecken, wenn ihm erst richtig bewußt wird, welche Lawine da ins Rollen gekommen ist. Aber weder rückwärtsgewandtes Jammern noch lediglich halbherziges Eingehen auf notwendige Veränderungen sind hilfreich, die Lösung der zahlreichen Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung wirklich erfolgversprechend in Angriff zu nehmen. Ohne einschneidende Reformmaßnahmen würde die GKV über kurz oder lang unweigerlich sehr viel stärker in ihren Grundstrukturen bedroht, als dies jetzt durch die eingeschlagene wettbewerbliche Orientierung mit allen ihren Konsequenzen der Fall ist. Die im Gesundheitsstrukturgesetz getroffene Grundsatzentscheidung in Richtung Wettbewerb kann nur wirklich erfolgreich sein, wenn sie konsequent in der hier skizzierten Weise weiterentwickelt wird. Dabei sind vor allem die Krankenkassen und ihre Mitarbeiter in einer Position, in der ihnen von ihrem bisherigen Selbstverständnis her die meisten und weitestgehenden Anpassungen abverlangt werden. Sie sollten dies jedoch nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung und Chance begreifen, als aktive Sachwalter der Interessen ihrer Versicherten zur Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens und damit zugleich eines wichtigen Teilbereichs der Gesamtgesellschaft beitragen zu können.