

Müller, Ron

Article

Einheitskrankenkasse – gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Müller, Ron (2019) : Einheitskrankenkasse – gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung?, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 99, Iss. 7, pp. 511-515,
<https://doi.org/10.1007/s10273-019-2483-z>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/213749>

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.

Ron Müller*

Einheitskrankenkasse – gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung?

Ernsthaft wurde bisher die Einführung einer Einheitskrankenversicherung in Deutschland nicht diskutiert. Und das, obwohl diese grundsätzlich deutliche Effizienzgewinne für das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich brächte. Angesichts der Herausforderungen in den kommenden Jahren müsste der Ansatz jedoch neu bewertet werden.

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen ist in 18 Jahren von 1147 (1990) auf 110 (2018) massiv geschrumpft.¹ Dies zeigt die Effektivität, aber auch die Zielrichtung der Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die vom Gesetzgeber gestaltet wurden. Das Ende dieses Prozesses könnte die Einführung einer bundesweiten gesetzlichen Krankenkasse sein.² Der Handlungsdruck wird sich allein schon durch den demografischen Wandel erhöhen und Modelle wie die „Gesundheitsprämie“ oder die „Bürgerversicherung“, die sich bereits im Jahr 2005 unversöhnlich gegenüberstanden,³ scheinen auch heute nicht politisch umsetzbar. Dabei galt der Gesundheitsfonds ursprünglich als ein Kompromiss, der Elemente beider Modelle einbeziehen sollte. Ziel war es, lohnbezogene Pflichtbeiträge zu senken und das System in Richtung der Gesundheitsprämie weiterzuführen.⁴ Gab es früher eine

große Bandbreite von Beitragssätzen, wurde mit dem Gesundheitsfonds 2009 der allgemeine Beitragssatz eingeführt, der durch kassenspezifische Zusatzbeiträge ergänzt und durch Rückzahlungen gesenkt werden kann. Der allgemeine Beitragssatz liegt mittlerweile bei 14,6 % (2019). Er ist seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 (14,9 %) zwar leicht gesunken, muss aber durch Zusatzbeiträge (im Durchschnitt 0,9 %) aufgestockt werden.⁵ Aktuell gibt es keinen Anbieter ohne Zusatzbeitrag,⁶ der inzwischen einziger Gegenstand des preislichen Wettbewerbs ist, sodass sich der Gesundheitsfonds von den Vorstellungen der Gesundheitsprämie (überdies auch angesichts der Tatsache, dass die Entkopplung der Beiträge vom Lohn nicht stattgefunden hat) zunehmend unterscheidet und die Debatte daraufhin erneut entflammt ist.

Auf der Ebene der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen kam es durchaus zur Übernahme von Aspekten einer einheitlichen Prämie: So wurde pro Versichertem eine um eine morbiditätsorientierte Risikoprämie angepasste Grundpauschale monatlich an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds gezahlt. Zudem erhielten die Kassen einen Zuschlag, der auf stan-

* Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Auffassung des Autors wieder.

1 Vgl. GKV-Spitzenverband: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf – Konzentrationsprozess durch Fusionen (Angaben zum Stichtag 1.1.), 2018, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/krankenkassen/Grafik_Krankenkassenanzahl_Konzentrationsprozess_300dpi_2018-01-03.jpg (25.3.2019).

2 So auch D. Cassel: Organisationsreform der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse, in: Wirtschaftsdienst, 73. Jg. (1993), H. 3, S. 137. Eine Einheitskasse wird aber wahrscheinlich nicht umgesetzt, schließlich gibt es auch heute noch in der gesetzlichen Rentenversicherung 16 rechtlich selbstständige Träger (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund: 125 Jahre gesetzliche Rentenversicherung, 2014, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/4_Presse/infos_der_pressestelle/02_medieninformationen/03_pressematerial/pressemappen/125_jahre_rentenversicherung/broschuere_125_jahre.pdf?__blob=publicationFile&v=11 (25.3.2019), S. 76), die sich durch keine nennenswerte wettbewerbsrelevante Komponente begründen lassen.

3 Vgl. W. F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693, <https://archiv.wirtschaftsdienst.eu/downloads/getfile.php?id=586> (25.6.2019).

4 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (BMF): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell. Stellungnahme, 8.10.2005, https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaefsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/0510171a3001.pdf;jsessionid=2AEDFF212B8EC A534E02A98148757A4C?__blob=publicationFile&v=3 (5.5.2019), S. 2.

5 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, 27.2.2018, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html> (15.5.2019).

6 Vgl. Ärzte-Zeitung: So hoch ist der neue Beitragssatz Ihrer Kasse, 3.1.2019, https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/978222/gkv-wie-hoch-ist-der-krankenkassen-beitragssatz-2019.html (15.5.2019); oder Zentrale Vereinigung für bürger-nahe Verbraucherinformationen (ZVBV): Aktuelle Krankenkassenliste Deutschland – Liste inklusive Zusatzbeiträge 2019, <https://www.krankenkassenzentrale.de/liste/gesetzliche-krankenkassen#> (15.5.2019).

Ron Müller, Dipl.-Kaufmann, ist Dezernatsleiter im Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg in Cottbus.

Kasten 1

Wettbewerbsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

| Wettbewerbsinstrumente der GKV | beeinflussen: |
|--|---------------------|
| <p>Leistungsumfang</p> <p>Dies betrifft die Erweiterungsmöglichkeiten des Leistungsspektrums über den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen hinaus, z. B. Satzungsleistungen wie die künstliche Befruchtung oder Selektivverträge.</p> | Versorgungsspektrum |
| <p>Ausgestaltung der Versorgung</p> <p>Die Träger der GKV haben Einflussmöglichkeiten auf die Qualität der Versorgung, auch wenn diese regelmäßig indirekter Natur sind, da die Versorgung nicht durch sie selbst erbracht wird. Dies kann Selektivverträge, aber auch den Hilfsmittel-Bereich oder andere Bereiche betreffen. Mit den Vereinbarungen, die eine Krankenversicherung in diesem Bereich trifft, werden unter anderem neben preislichen auch qualitative Aspekte gefordert. Die Gestaltung dieser Versorgungsqualität wird zu einem Wettbewerbsinstrument der GKV, sobald sie für die Versicherten spürbar wird. Qualitative Aspekte stehen jedoch regelmäßig im Gegensatz zu Wettbewerbsinstrumenten, die den Bereich der Ausgaben reduzieren sollen.</p> | Versorgungsqualität |
| <p>Krankenkassen-Beitrag</p> <p>Seitdem die Beiträge der Versicherten nicht mehr direkt die Einnahmen der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse darstellen, ist der Gesundheitsfonds zum Wettbewerbsinstrument auf der Einnahmeseite geworden.</p> | Einnahmen |
| <p>Vergütung der Leistungserbringer (ambulant und stationär)</p> <p>Krankenversicherungen haben Einfluss auf die Vergütung der Leistungserbringer und nutzen diesen auch aus, um die Ausgaben zu begrenzen und damit die Höhe von Zusatzbeiträgen zu steuern.</p> | Ausgaben |
| <p>Preis für Produkte (Arzneimittel, Hilfsmittel etc.)</p> <p>In diesem Bereich wirkt sich die Größe von gesetzlichen Krankenversicherungen aus, da sie durch diesen Vorteil bessere Verhandlungsergebnisse mit Herstellern bzw. Leistungserbringern erzielen können.</p> | |
| <p>Höhe der Verwaltungsausgaben</p> <p>Hierbei geht es um die Effizienz der Verwaltung, aber durchaus auch um die Inkaufnahme von einem Wettbewerbsnachteil aufgrund höherer Verwaltungsausgaben, wenn z. B. das Versorgungsmanagement oder die Prüfung von Krankenkassenrechnungen intensiviert werden soll. Insofern sind die Verwaltungskosten nicht nur absolut zu betrachten/zu vergleichen, sondern auch in Bezug zum Nutzen, den sie erbringen.</p> | |
| <p>Risikostruktur der Versicherten</p> <p>Die Zusammensetzung der Versichertengemeinschaft im Hinblick auf deren Gesundheitszustand bietet Anreize zur Selektion.</p> | |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an I. Kumpmann: Mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung?, in: WSI Mitteilungen, Nr. 4/2012, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2012, S. 264. ff; und K.-D. Henke: Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument, 2007, <https://www.econstor.eu/handle/10419/36400> (15.5.2019), S. 12 ff.

dardisierten Verwaltungsausgaben basiert. Dies sorgte jedoch nicht dafür, die Entwicklung des Gesundheitsfonds in Richtung einer Gesundheitsprämie voranzutreiben. Auch bezüglich der Bürgerversicherung hatte der Gesundheitsfonds Potenzial, wenn er die Mitglieder privater Krankenversicherungen hätte mit einbeziehen können.⁷ Letztendlich muss festgestellt werden, dass mit dem Gesundheitsfonds weder dem Ansatz der „Bürgerversicherung“ noch dem der „Gesundheitsprämie“ entsprochen wird, daher sollten Alternativen wie die Einheitskrankenversicherung auf den Prüfstand gestellt werden.

7 Vgl. S. Leiber, R. Zwiener: Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung, WSI Diskussionspapier, Nr. 146, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2006, S. 18.

Einheitskrankenkasse: kritische Argumente

Dem Vorschlag, eine Einheitskasse zu schaffen, wird vor allem entgegengehalten, dass er den Wettbewerb beseitige. Dieses Gegenargument berücksichtigt nicht, dass der Gesundheitsmarkt kein klassischer Markt mit klar definierten Anbietern und Nachfragern ist: Zum einen fragen Krankenkassen und Patienten Leistungen nach. Leistungserbringer sind Ärzte, Kliniken, Pharmaunternehmen usw., die durchaus in komplexen Beziehungen zueinander stehen und als Nachfrager und Anbieter auftreten können. Zum anderen sind 95 % des Leistungsumfangs als Regelleistungen für alle Krankenkassen ohnehin gleich und damit nicht als Wettbewerbsinstrument nutzbar. Es verbleiben nur 5 % der Leistungen (vgl. Kasten 1), die als individuelle Leistungsangebote gestaltet werden können und als wett-

bewerbsrelevant angesehen werden.⁸ Ein derart geringer Anteil lässt das Argument eines fehlenden Wettbewerbs bei nur noch einer bundesweit tätigen Krankenkasse wenig tragfähig erscheinen. Abgesehen davon ist es „unter Ökonomen weitgehend unbestritten, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen einer Regulierung bedarf. Insbesondere auf dem Krankenversicherungsmarkt würde es aufgrund asymmetrischer Informationsverteilung zwischen Versicherern und Versicherten zu Adverser Selektion kommen, die die Stabilität des Marktes bedroht.“⁹ Damit ist die Fallhöhe (bezüglich des Fehlens an Wettbewerb bei einem Einheitskrankenkassensystem) ohnehin geringer als auf klassischen Märkten.

Es wird argumentiert, dass nach Einführung einer Einheitskasse die Vielfalt an Satzungsleistungen, Selektivverträgen und Wahlтарifen leiden und die Wahlfreiheit¹⁰ eingeschränkt würde:

- Allerdings werden neue Satzungsleistungen rasch auch von Mitbewerbern angeboten. Krankenkassen nehmen Zusatzleistungen vor allem zur Bindung und Akquise von Versicherten mit guten Risiken in den Leistungskatalog auf.¹¹
- Selektivvertragsangebote weisen nur selten einen innovativen Ansatz auf. Krankenkassen verwenden Selektivverträge vor allem, um Ausgaben für stationäre Leistungen in die ambulante Versorgung zu verlagern und damit Einsparungen zu generieren. Zudem verletzen viele Selektivverträge die gesetzlichen Vorgaben.¹²
- Es bleiben damit Wahlтарife als dritte Option. Doch auch diese sind nicht durchweg positiv zu bewerten. Befürworter sehen in ihnen eine Chance zur Verbesserung des Gesundheitssystems. Kritiker hingegen (und diese kommen aus allen politischen Lagern und auch von Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherungen) sehen das Solidaritätsprinzip systematisch untergraben und zeigen Haushaltsrisiken auf.¹³

8 Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA): Bundesversicherungsamt veröffentlicht Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 27, https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (3.7.2019).

9 S. Felder: Wettbewerb sagen, aber Einheitskasse meinen: Korreferat zu dem Beitrag von Stefan Greß: „Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven“, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 71. Jg. (2002), H. 4, S. 489.

10 Vgl. M. Nell: Reform ja, Bürgerversicherung nein. In: Reform des Gesundheitssystems: Kommt die Einheitskasse?, in: ifo Schnelldienst, 66. Jg. (2013), H. 19, S. 10.

11 Bundesversicherungsamt (BVA), a. a. O., S. 144.

12 Vgl. ebenda, S. 145.

13 Vgl. F. Schulze Ehring, C. Weber: Wahlтарife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?, WIP-Diskussionspapier, Nr. 4/07, WIP Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2007, S. 4.

In der Summe ist das Argument der fehlenden Vielfalt damit nur wenig belastbar. Hinzu kommt, dass die Möglichkeit der Kassen, sich durch die Produkt-, Preis-, Kundenpolitik spürbar voneinander zu unterscheiden,¹⁴ noch immer nicht ausgeschöpft wird. Gleichwohl ist der Gesetzgeber bei einem Einheitskrankenkassensystem gefordert, Regelungen/Anreize zu schaffen, damit für die Versicherten und die GKV zweckmäßige Satzungsleistungen, Selektivverträge und Wahlтарife entstehen und diese Elemente angesichts fehlender Konkurrenz nicht weiter an Bedeutung verlieren. Allerdings steht ein konsequenter gesetzlicher Eingriff auch heute schon aus, um die aktuelle Fehlentwicklung in diesen Bereichen zu korrigieren.

Vorteile der Einheitskrankenkasse

Auffallend ist, dass es bisher keine inhaltliche Debatte über die Vorteile der Einheitskrankenkasse gibt. Daher sollen einige von ihnen herausgestellt werden, um eine entsprechende Diskussion anzuregen:

- Marketingabteilungen der gesetzlichen Krankenversicherungen können eingespart werden. Die Ausgaben für Werbung betragen 2016 immerhin 172 Mio. Euro.¹⁵
- Satzungsleistungen werden vorwiegend zur Bindung/Akquise von Versicherten mit guten Risiken verwendet. Von 2012 bis 2016 stiegen Ausgaben für diese um mehr als 550 % auf 340 Mio. Euro.¹⁶ Mittel die angesichts eines solchen Zwecks in einem Einheitskrankenkassensystem gestrichen würden und die GKV entlasten könnten.¹⁷
- Einzelne Aufgaben in Fachzentren werden sich erübrigen. So beispielsweise die Bearbeitung von Wechseln von der einen zur anderen gesetzlichen Krankenkasse.
- Die Einsparungen, die sich mit Rabatt- oder Hilfsmittelverträgen generieren lassen, dürften sich angesichts der Verhandlungsmacht eines einzigen Trägers steigern lassen. Dies kann mit Blick auf die Pharmabranche und andere Leistungsanbieter zweifelsohne kritisch bewertet werden.

14 Vgl. K.-D. Henke, R. Rosenbrock, W. Schmeinck, G. Dibbern, C. Fuchs: Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?, in: Wirtschaftsdienst, 76. Jg. (1996), H. 9, S. 448.

15 Gemäß Bundestags-Drucksache 19/2879, S. 1.

16 Ebenda.

17 Bei solchen Argumenten sollten auch Systemwechselkosten bedacht werden, die, wie am Beispiel der Schweiz (vgl. M. Maurer, M. Früh, S. Wieser, U. Brügger: Übergang zur Einheitskrankenkasse: Schätzung der Systemwechselkosten. Studie im Auftrag von alliance santé, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW, Winterthur 2013, S. 5) eine nicht unbeträchtliche Höhe aufweisen werden. Doch Letztere sind im weiteren Sinne einmalig, die Einsparungen durch die Einheitskrankenkasse hingegen jährlich wiederkehrend.

- Auch in Vertrags- und anderen Abteilungen der Krankenkassen gibt es Einsparpotenzial. Zum Beispiel beantragt ein ambulanter Pflegedienst seine „Kassenzulassung“ bei verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Teilnahme an zahlreichen Diskussionsrunden (deren Anteil im Tagesgeschäft von Krankenkassen nicht unterschätzt werden sollte), die sich auf kommunaler, Landes- und Bundesebene ergeben, Gremien (die nur durch Kassenvertreter besetzt werden), aber auch Verhandlungen (z.B. Krankenhausbudgetverhandlungen, Pflegesatzverhandlungen in der stationären Altenpflege) könnten hinsichtlich des Personaleinsatzes ebenso spürbar reduziert werden.
- Aber die Vorteile sind nicht nur monetärer Natur. So wäre eine effizientere Fachaufsicht möglich, denn mit nur einem Träger der GKV würde den Wettbewerbsverzerrungen aufgrund der unterschiedlichen Handhabung der Rechtsaufsicht zwischen Bund und Ländern entgegen gewirkt werden,¹⁸ da die Aufsicht dann ausschließlich auf Bundesebene erfolgen könnte.
- Synergieeffekte sind z. B. hinsichtlich des größeren personellen Spielraums bei der Einsatzplanung von den dann größer werdenden Servicecentern zu erwarten. Oder auch bei der Rechnungsprüfung (von Kliniken) durch Krankenhauszentren. Hier würde das Wissen aller bestehenden Krankenkassen zusammenfließen und die Prüfungen zukünftig auf einem einheitlich hohen Niveau erfolgen, was durchschnittlich höhere Kürzungen bei den Leistungserbringern nach sich ziehen würde.
- Betrugsfälle könnten leichter aufgedeckt werden. Als Beispiel sei die ambulante Intensivpflege¹⁹ aufgeführt. Wenn hier ein Leistungserbringer exakt das gleiche Personal, das er für die Pflege eines Versicherten einer Pflege-/Krankenkasse plant, auch einer anderen Pflege- und Krankenkasse für die Versorgung eines anderen Patienten meldet, dann ist dies bei nur noch einem Träger deutlich leichter aufzudecken.

Neben diesen aufgeführten Vorteilen hätte die Einführung der Einheitskrankenkasse aber auch Folgen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ermöglichen keine risikoäquivalenten Beiträge, was zu Anreizen zur Risikoselektion führt,²⁰ beispielsweise

18 Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA), a. a. O., S. 129.

19 Auch die Pflegeversicherung würde mit dem hier diskutierten Ansatz auf nur noch eine bundesweit tätige Pflegekasse reduziert.

20 So auch die Studie von D. Wende: Regionale Risikoselektion Anreize in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2016, [http://tud.qucosa.de/landing-page/?tx_dlf\[id\]=http%3A%2F%2Ftud.qucosa.de%2Fapi%2Fqucosa%253A29559%2Fmets](http://tud.qucosa.de/landing-page/?tx_dlf[id]=http%3A%2F%2Ftud.qucosa.de%2Fapi%2Fqucosa%253A29559%2Fmets) (16.5.2019).

se durch die Auswahl von Versicherten mit geringen Leistungsausgaben, da sich diese positiv auf die Höhe des Zusatzbeitrags auswirken. Um dies in der Praxis einzudämmen und den Kontrahierungszwang durchzusetzen, bedarf es des Morbi-RSA, da er auf eine möglichst genaue, den zu erwartenden Leistungsausgaben entsprechende Zuweisung abzielt und so einen funktionierenden Wettbewerb zulässt.²¹ Mit nur noch einem Träger der GKV stellt sich jedoch die Frage, wie Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds der Morbidität entsprechend verteilt werden können, nicht mehr,²² und der Morbi-RSA würde entfallen. Selbst der Gesundheitsfonds, dessen Zweck die möglichst gerechte Verteilung von Beiträgen der Versicherten und Steuern auf die gesetzlichen Krankenversicherungen ist, dürfte sich mit der Einführung der Einheitskrankenkasse erübrigen und zu einer Vereinfachung des Systems führen.

Einheitskrankenkasse: Erhaltung der Effizienzgewinne

Naturgemäß wird der Vorschlag der Einheitskrankenkasse auf wenig Zustimmung innerhalb der GKV stoßen, da er mit einem Verlust an Einflussnahme, aber auch mit dem spürbaren Wegfall von Arbeitsplätzen verbunden ist. Aber welches Gesundheitssystem, das in den kommenden Jahrzehnten auf eine extreme Belastungsprobe gestellt wird, kann es sich leisten, die hier dargestellten Ineffizienzen auch in Zukunft zu tragen? Der Fortschritt erzeugt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die neben etablierten Verfahren finanziert werden sollen – das alles in einem Umfeld, in dem sich die Versichertengemeinschaft nicht verjüngen wird. Es ist daher zu befürchten, dass das Gesundheitssystem hinsichtlich der Finanzierbarkeit zukünftig stärker unter Druck gerät. Um diesem möglichst lange standzuhalten, ohne den GKV-Leistungsumfang massiv einzuschränken und das Solidaritätsprinzip damit zu gefährden, sollten jegliche systembedingten Ineffizienzen, die sich politisch umsetzen lassen, beseitigt werden.

Ein Problem bleibt allerdings: Wie soll dieser Effizienzgewinn nach einem Systemumbau dauerhaft erhalten werden? Die Einheitskrankenversicherung wäre Arbeitgeber von mehr als 100 000 Mitarbeitern,²³ und Organisationen

21 Vgl. R. Jahn, S. Schillow, J. Wasem: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Wirkungen und Nebenwirkungen, 21.4.2012, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F00103-012-1470-y.pdf> (16.5.2019), S. 624 ff.

22 Zugleich entfällt der derzeit noch bestehende Anreiz der Krankenkassen, auf die Kodierung von Morbi-RSA-relevanten Erkrankungen durch Ärzte Einfluss zu nehmen.

23 Vgl. Statistisches Bundesamt: Personal der Krankenkassen und Eigenbetriebe der gesetzlichen Krankenversicherung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Dienstverhältnis, Art des Personals, Kassenart, 2019, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=85034084&nummer=264&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=76705424 (29.3.2019).

dieser Größenordnung als Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes sind in Deutschland hinsichtlich der Effizienz nicht unproblematisch. Damit ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Vorteile, die das Einheitskrankenkassensystem anfangs mit sich brachte, mit der Zeit in das Gegenteil umschlagen. Also muss die effektive Steuerung einer solchen Organisation, die einen möglichst schlanken Aufbau und die Wirtschaftlichkeit dauerhaft garantiert, zunächst sichergestellt werden, bevor die hier genannten Vorteile zu einem bleibenden Gewinn für die Versicherungsgemeinschaft werden. Das Kernproblem ist hierbei die organisatorische und prozedurale Verselbständigung innerhalb des öffentlichen Sektors,²⁴ die sich auch schon im aktuellen Krankenkassen-System zeigt. Mit nur einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Problematik jedoch aller Voraussicht nach ein deutlich größeres Ausmaß annehmen. Erst wenn es hierfür eine Lösung gibt, wird die Einheitskrankenkasse ohne einen dauerhaften Wohlfahrtsverlust²⁵ zu einer Alternative für die zukünftige Ausgestaltung der GKV.

Einheitskrankenkasse mit Selbstverwaltung des Versicherungssystems

Eine Lösung läge in der Abwendung von einer Organisation der Sozialversicherung in Verbänden hin zu einer gemeinsamen Selbstverwaltung der Mitglieder. Der Vorschlag mag etwas zu optimistisch anmuten, aber der Grundgedanke dieses Instruments gibt dies her: „Selbstverwaltung ist ein Mittel der Dezentralisierung, das eine sach- und ortsnahe Entscheidungsfindung und die Nutzung von externem Sachverstand ermöglicht, zur Staatsentlastung beiträgt und eine Begrenzung des staatlichen Verantwortungsbereichs auf Gewährleistungs- und Regulierungsaufgaben erlaubt.“²⁶ Eine Bedingung für den Erfolg wäre jedoch, dass die operative Steuerung, die erfahrungsgemäß

eine hauptamtliche Geschäftsführung übernimmt,²⁷ unter Einflussnahme der Selbstverwaltung erfolgt. Ein weiteres, wichtiges Kriterium wäre das Aufbrechen der verhärteten Verbändehegemonie in der Selbstverwaltung²⁸ zugunsten neuer Interessengruppen.²⁹ Selbstverwaltungsorgane sollten hochprofessionell arbeitende Gremien mit entsprechend qualifizierten Akteuren darstellen.³⁰

Idealerweise müsste der Ansatz noch einen Schritt weitergehen, um in Abgrenzung zur aktuellen Praxis in der GKV-Landschaft einen neuen Weg mit neuen Möglichkeiten der Einflussnahme zu beschreiten, denn das „Szenario der Sozialversicherungsträger als konsumentenorientierte, demokratisch gesteuerte Trägerorganisationen [...] wird [...] vom Pol der Zivilgesellschaft her gedacht. Konsumentendemokratie bedeutet bei einer konsequenten Umsetzung die alleinige Repräsentation der Versicherten in den Selbstverwaltungsgremien.“³¹ Diesen Gedanken aufgreifend sollte die Selbstverwaltung der Einheitskrankenkasse aus Versicherten und aus externen (und ebenfalls gewählten) Fachleuten bestehen. Letztere sollen in die operative Steuerung eingreifen und so einen langfristig drohenden Wohlfahrtsverlust vermeiden. Hierfür müssen sie auf der Ebene der Hauptverwaltung ebenso aktiv sein wie auf regionaler Ebene, denn ein zu großer Hierarchieunterschied zwischen der Arbeitsebene der Krankenversicherung und der Ansiedlung der Selbstverwaltung ermöglicht Freiräume für das „Eigenleben“ einer Organisation dieser Dimension, die es zu verhindern gilt. Dadurch könnte sich die gesetzliche Krankenversicherung verschlanken und den zukünftig widrigen Rahmenbedingungen länger trotzen als in der aktuellen Ausgestaltung.

24 Vgl. T. Bach, J. Fleischer, T. Hustedt: Organisation und Steuerung zentralstaatlicher Behörden: Agenturen im westeuropäischen Vergleich, Berlin 2010, S. 7.

25 Vgl. A. Rosenschon: Die Ineffizienz von Staat und Verwaltung: Mittel zu ihrer Begrenzung, in: Wirtschaftsdienst, 62. Jg. (1982), H. 8, S. 397.

26 Ebenda, S. 276.

27 Ebenda, S. 274.

28 „Die Mediatisierung des Mitgliederwillens durch Verbände ist durch die Genese und die historische Entwicklung des Selbstverwaltungsrechts in der Sozialversicherung bedingt. [...] Aus demokratietheoretischer Perspektive bestehen die Schwierigkeiten einer verbands-gesteuerten Sozialversicherung darin, dass von den Verbandsinteressen immer weniger auf die Interessen der Mitglieder geschlossen werden kann.“ Ebenda, S. 280.

29 Ebenda, S. 287.

30 Ebenda, S. 289.

31 Ebenda, S. 286.

Title: *A Unified Health Insurance: a Practicable Way for the National Health System?*

Abstract: *Although the introduction of a unified health insurance system in Germany would bring significant efficiency gains – especially for the statutory health insurance system –, it has not been discussed seriously. Considering the challenges of the coming years, the approach needs to be reevaluated.*

JEL Classification: I10, I11, I18