Vierteljahrshefte
zur Wirtschaftsforschung
71 (2002), 4, S. 490–497

Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV– Effekte und Perspektiven

Von Stefan Greß*

Zusammenfassung: Mitte der 90er Jahre wurde in der GKV die freie Kassenwahl für alle Versicherten – flankiert durch den Risikostrukturausgleich (RSA) – eingeführt. Der Preiswettbewerb zwischen den Kassen soll die Anreize für die Krankenkassen verstärken, eine möglichst wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung für ihre Versicherten zu erreichen. Die Versicherten nehmen ihre Wechseloption in zunehmendem Maße wahr. Das Wechselverhalten ist abhängig vom Beitragssatz der Krankenkassen. Allerdings wechseln schlechte Risiken weniger häufig als gute Risiken. Dadurch wird der Trend zur Risikoentmischung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verstärkt, der durch den RSA nur unvollständig kompensiert wird. Darüber hinaus haben Krankenkassen nur wenig Möglichkeiten, auf die Qualität der Gesundheitsversorgung Einfluss zu nehmen. Um die Anreize für einen regulierten Wettbewerb in der GKV weiterzuentwickeln, müssen der RSA um eine Morbiditätskomponente erweitert und die Möglichkeit zur selektiven Kontrahierung mit Leistungsanbietern vergrößert werden. Erst dann kann der Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen eine wirkungsvolle Funktion wahrnehmen.

Summary: During the 1990s, government has introduced free choice of sickness funds and a new risk-adjustment scheme in the German social health insurance system. Price competition is supposed to increase incentives for sickness funds to act as prudent buyers of health services on behalf of their enrollees. In fact, consumers increasingly do switch between sickness funds. Switching behavior is dependent on the contribution rate of sickness funds. However, less favorable risks switch less often than favorable risks. There is a trend towards risk separation which is not fully compensated by risk adjustment. Moreover, sickness funds have very little opportunity to act as prudent buyers of health care since there is almost no possibility to contract selectively with providers. In order to increase incentives for more effective regulated competition the risk adjustment mechanism needs to be refined and opportunities for selective contracting with providers need to be enhanced. Only then price competition between sickness funds can be effective.

1 Einleitung

Seit Implementierung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) können in Deutschland alle gesetzlich Versicherten ihre Krankenkassen weitgehend frei wählen – vor Einführung des GSG hatten im Rahmen des bis Mitte der 90er Jahre geltenden Zuweisungssystems nur Angestellte Wahlrechte. Flankiert wurde die Einführung der Wahlfreiheit mit dem Risikostrukturausgleich (RSA), der Anreize zur Risikoselektion für die Krankenkassen minimieren soll.[1] Damit sind in der GKV zwei notwendige – allerdings nicht hinreichende – Vor-

* Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, E-Mail: gress@uni-greifswald.de

1 Mehr zur Funktion des RSA und zu Möglichkeiten der Ausgestaltung im Beitrag von Wynand van de Ven in diesem Heft.

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

aussetzungen geschaffen worden, um einen regulierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu etablieren.

Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg regulierten Wettbewerbs ist die Bereitschaft der Versicherten, nach Angeboten mit einem möglichst günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis zu suchen. Damit sollen die Krankenkassen unter Druck gesetzt werden, für ihre Versicherten eine gesundheitliche Versorgung mit möglichst hoher Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

In diesem Beitrag wird zunächst danach gefragt, mit welcher Zielsetzung Kassenwahlfreiheit und RSA in der GKV eingeführt worden sind und wie diese beiden Elemente vor dem Hintergrund eines Idealmodells regulierten Wettbewerbs zu bewerten sind (Abschnitt 2). In Abschnitt 3 wird anschließend der Frage nachgegangen, unter welchen Rahmenbedingungen Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen in der GKV stattfindet. Die zentrale Fragestellung des Beitrags lautet, wie sich das Wechselverhalten der Versicherten als Reaktion auf den Preiswettbewerb der Kassen mit welchen Folgen entwickelt hat (Abschnitt 4). In Abschnitt 5 werden abschließend gesundheitspolitische Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet.

2 Zielsetzungen regulierten Wettbewerbs

Wahlfreiheit für alle Versicherten und RSA als zentrale Elemente des GSG wurden vom Gesetzgeber nicht in erster Linie mit dem Ziel eingeführt, die Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Im Vordergrund stand vielmehr der Abbau der sozialpolitisch – und im Übrigen auch verfassungsrechtlich – nicht mehr länger hinnehmbaren Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten. Gleichzeitig sollten die als Folge des Zuweisungssystems extrem hohen Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen verringert werden. Die Überwindung der Benachteiligungen für Arbeiter wäre theoretisch auch durch die Einführung einer Einheitskasse, etwa nach dem Vorbild der Bundesanstalt für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung, möglich gewesen. Die an der Aushandlung der so genannten Lahnsteiner Beschlüsse beteiligten Parteien CDU, SPD und FDP lehnten diese Lösung jedoch ab und erhofften sich vielmehr durch die Beibehaltung des gegliederten Systems eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV. Wirtschaftlichkeitsziele spielten damit nur eine untergeordnete Rolle (Reiners 1993, Gerlinger 2002).

Vor dem Hintergrund eines Idealmodells regulierten Wettbewerbs von Krankenkassen sind diese Ziele vergleichsweise bescheiden. Dem auf den US-amerikanischen Gesundheitsökonomen Enthoven zurückgehenden Modell liegt ein wesentlich umfassenderes Zielsystem zugrunde (Enthoven 1988). Es werden unterschiedliche Dimensionen von Effizienz als Ziel postuliert, gleichzeitig soll nicht zuletzt durch die umfangreiche Regulierung auch die Erfüllung von Solidaritätszielen sichergestellt werden (Greß 2002).

Die Effizienzziele lassen sich in die drei Komponenten produktive, allokative und dynamische Effizienz zerlegen. Im Mittelpunkt steht die Erhöhung der *produktiven Effizienz* in der Gesundheitsversorgung. Produktive Effizienz tritt dann ein, wenn eine definierte Menge eines Produktes oder einer Dienstleistung mit gegebenem Qualitätsniveau mit minimalen Kosten oder mit gegebenen Kosten ein gegebenes Produkt mit maximalem Qualitätsniveau produziert wird. Dieser Effizienzbegriff grenzt sich deutlich von einer Gleichsetzung

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

von Effizienz und Kostenkontrolle ab, da sowohl Quantität als auch Qualität der erbrachten Leistung Bestandteil der Gleichung sind. Regulierter Wettbewerb soll die *allokative Effizienz* der Gesundheitsversorgung vor allem dadurch erhöhen, dass die individuellen Präferenzen der Konsumenten stärker berücksichtigt werden und damit auch deren individueller Nutzen erhöht wird. Die dritte Effizienzkomponente besteht in der *dynamischen Effizienz* und postuliert die wirkungsvolle Entwicklung und Verbreitung von Innovationen.

Die hohe Attraktivität des Idealmodells regulierten Wettbewerbs für die Anwendung in der GKV liegt darin, dass neben den Effizienzzielen auch *Solidaritätsziele* erfüllt werden sollen. Durch eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Regulierung des Wettbewerbs soll sichergestellt werden, dass der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet wird. Auch das in Deutschland vorherrschende Prinzip der Finanzierung nach Leistungsfähigkeit ist per se mit reguliertem Wettbewerb vereinbar.

Das Idealmodell regulierten Wettbewerbs beruht auf drei zentralen Annahmen über das Verhalten der drei zentralen Marktakteure Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter. Erstens müssen die Versicherten die freie Wahl zwischen den Versicherern haben und durch die Ausübung ihres Wahlrechtes bzw. durch die glaubhafte Drohung zur Ausübung den Versicherer unter Wettbewerbsdruck setzen. Zweitens müssen die Versicherer untereinander mit den Parametern Preis und Qualität um die Versicherten konkurrieren und keine Monopolmacht aufbauen. Drittens werden unwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter durch die Überwachung und Kontrolle der Versicherer entweder zu wirtschaftlichem Verhalten angereizt oder erhalten keine Verträge. Jede einzelne der drei Annahmen ist notwendig, aber nicht hinreichend. Wenn also nur eine der drei Annahmen in der Wirklichkeit nicht eintrifft, werden zentrale Komponenten des obigen Zielsystems verfehlt.

Bezogen auf die derzeitige Situation in der GKV lässt sich vergleichsweise einfach ableiten, dass im Moment nur eine Verhaltensannahme tatsächlich erfüllt werden kann. Es besteht zwar Wahlfreiheit für die Versicherten, aber die Krankenkassen können nur sehr eingeschränkt miteinander konkurrieren. Als Wettbewerbsparameter stehen vor allem der Preis und die Servicequalität zur Verfügung. Vertragswettbewerb und damit Wettbewerb um eine möglichst hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung ist dadurch eingeschränkt, dass individuelle Verträge mit Leistungsanbietern nur in Ausnahmefällen möglich sind. Offensichtlich ist die Wirkungskette des regulierten Wettbewerbs in der GKV unterbrochen. Dies kann gefolgert werden, ohne das Verhalten der Marktakteure im Einzelnen untersuchen zu müssen.

Wettbewerb zwischen Krankenkassen in der GKV kann damit derzeit nur Preiswettbewerb sein. Preiswettbewerb ohne Qualitäts- und Vertragswettbewerb ist allerdings nur halbierter Wettbewerb. Zwar hat der Kassenwettbewerb zweifellos zu höherer Servicequalität bei den Krankenkassen und zu erhöhten Wahlmöglichkeiten der Versicherten geführt. Diesem Nutzen für die Versicherten sind allerdings erhebliche Regulierungs- und Transaktionskosten gegenüberzustellen.

3 Rahmenbedingungen für Preiswettbewerb in der GKV

Wesentliche Rahmenbedingungen für den regulierten Wettbewerb in der GKV – der faktisch fast ausschließlich ein Preiswettbewerb ist – werden durch die Wettbewerbsordnung

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

in der GKV und durch die Entwicklung der Beitragssatzunterschiede seit Implementierung des GSG bestimmt.

Die Krankenkassen in der GKV konkurrieren miteinander auf der Basis eines einheitlichen Leistungskatalogs, der durch die Vorschriften des SGB V in allgemeiner Form sowie durch die Konkretisierung des Leistungsanspruches im Rahmen der Entscheidungen der Bundesausschüsse (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen festgelegt wird. Darüber hinausgehende Leistungen dürfen von Kassen nur sehr eingeschränkt im Rahmen von Modellvorhaben und Satzungsleistungen finanziert werden. Das Angebot von privat zu finanzierenden Zusatzversicherungen ist in den Krankenkassen nicht erlaubt und damit der privaten Versicherungswirtschaft vorbehalten. Es kann damit so gut wie kein Wettbewerb über den Umfang des Leistungskatalogs ausgeübt werden. Die Krankenkassen sind dazu verpflichtet, alle Personen aufzunehmen, die sich versichern wollen, und dürfen niemanden ablehnen (Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot). Die Versicherten haben mit der Ausnahme nicht geöffneter Betriebs- und Innungskrankenkassen das freie Kassenwahlrecht. Die Beiträge der Kassen werden in unterschiedlicher Art und Weise kalkuliert – je nach Tätigkeitsgebiet der Kassen. Bundesweite Kassen kalkulieren bundesweite Beitragssätze, während landesweit tätige Kassen landesweite Beitragssätze kalkulieren. Diese Unterschiede führen insbesondere in Ballungszentren mit einer teuren Versorgungsstruktur zu nicht unerheblichen Wettbewerbsverzerrungen (Jacobs et al. 1999).

Wie zu erwarten, kam es nach der schrittweisen Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und der Kassenwahlfreiheit zu einer Verringerung der Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassenarten. Der Unterschied zwischen der Kassenart mit dem höchsten Beitragssatz und der mit dem niedrigsten Beitragssatz verringerte sich von rund zwei Prozentpunkten im Jahr 1993 auf einen Prozentpunkt im Jahr 1999. Seitdem steigen die Unterschiede allerdings wieder; zu Beginn des Jahres 2001 betrug der Unterschied schon wieder 1,4 Prozentpunkte. Wesentlich höher sind die Unterschiede zwischen einzelnen Kassen unterschiedlicher Kassenarten und auch innerhalb der gleichen Kassenart (Lauterbach et al. 2001). Wegen der unbefriedigenden Datenlage sind detaillierte Aussagen hierzu nur eingeschränkt möglich. So zahlten noch 1994 rund 27 % aller Mitglieder einen Beitrag, der um mehr als einen Prozentpunkt vom Durchschnittsbeitrag abwich. Im Jahr 1999 waren es nur noch rund 7 % (Müller et al. 1999). Damit hat die Einführung des RSA insgesamt zu einer Verringerung der Unterschiede in den Beitragssätzen beigetragen, die ohne RSA wesentlich höher wären (Jacobs et al. 2002). Es verbleiben allerdings deutlich wahrnehmbare Beitragssatzunterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb der Kassenarten. So können Versicherte regional zwischen Krankenkassen mit Beitragssätzen zwischen 12 und 15 % wählen. Je nach Einkommen führen diese Beitragssatzunterschiede zu einer erheblichen potentiellen Ersparnis sowohl für Beschäftigte als auch für deren Arbeitgeber.

4 Wechselverhalten der Versicherten

Aufgrund der ausgeprägten Wechselanreize ist zu erwarten, dass ein erheblicher Teil der Mitglieder die Kasse wechselt. Tatsächlich liegen die Schätzungen für den Anteil der wechselnden Mitglieder am Gesamtbestand von Dezember 1995 (letzter Monat mit eingeschränkten Wechselmöglichkeiten) bis Januar 2001 bei 3 bis 5 % pro Jahr (Schwarze et al. 2001). Gewinne und Verluste von Mitgliedern sind über die Kassenarten hinweg ungleich verteilt. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen verloren im gleichen Zeitraum bundesweit

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

2,7 Mill. Mitglieder (12 %), die Ersatzkrankenkassen nach anfänglichen Zuwächsen 0,6 Mill. Mitglieder (3 %). Zu den Gewinnern zählen die Betriebskrankenkassen (3,2 Mill. Mitglieder oder 61 %) und die Innungskrankenkassen (0,2 Mill. Mitglieder oder 7 %). Auch hier ist die Datenlage auf Einzelkassenebene unbefriedigend, da Krankenkassen nicht zur Herausgabe dieser Informationen verpflichtet sind.

Der Zusammenhang zwischen Beitragssätzen und Mitgliederwanderungen auf Kassenartenebene in Deutschland ist eindeutig. Kassenarten mit niedrigen Beitragssätzen weisen hohe Mitgliedergewinne auf, während Kassenarten mit hohen Beitragssätzen hohe Mitgliederverluste haben (Greß et al. 2002a, Greß et al. 2002b). Eine ähnliche Berechnung hat kürzlich der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in seinen Ausführungen zur Gesundheitspolitik präsentiert. Hier wurden die Beitragsunterschiede einzelner Kassenarten zum durchschnittlichen Beitragssatz mit den Mitgliederwanderungen in Beziehung gesetzt. In dieser Berechnung zeigt sich, dass die Wechselneigung der Versicherten im Zeitablauf zugenommen hat. Im Zeitraum 1995 bis 1997 musste eine Kassenart mit einem Beitragssatz von 1 % über dem Durchschnittssatz mit einem anschließenden Mitgliederrückgang von 3,5 % rechnen. Für den Zeitraum 1998 bis 2001 musste eine Kasse mit der gleichen Beitragssatzposition bereits mit einem Mitgliederrückgang von 10 % rechnen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2000). Die vorliegenden (unvollständigen) Daten für Einzelkassen bestätigen die rasch zunehmende Preiselastizität des Wechselverhaltens, die zudem für Rentner deutlich niedriger ist als für Nichtrentner (Greß et al. 2002c).[2]

Aus einer Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) beim DIW Berlin geht hervor, dass Wechsler im Schnitt jünger sind als Nichtwechsler, einen subjektiv besseren Gesundheitszustand haben und demzufolge zufriedener mit ihrer Gesundheit sind. Darüber hinaus weisen Wechsler im Vergleich zu Nichtwechslern eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, behindert zu sein, und waren seltener in stationärer Behandlung. Nicht überraschend ist, dass Wechsler einen deutlich niedrigeren Beitragssatz zahlen als Nichtwechsler. Die Wahrscheinlichkeit des Wechsels steigt mit dem Einkommen – am höchsten ist die Wechselwahrscheinlichkeit für Personen mit einem Einkommen zwischen 2 500 und 3 300 Euro (Schwarze et al. 2001). Eine neuere Studie hat darüber hinaus ergeben, dass selbst nach Berücksichtigung der für den RSA relevanten Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht sowie Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsstatus ein guter Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit für den Wechsel in eine BKK positiv beeinflusst (Knaus et al. 2002).

Insbesondere die letzte Erkenntnis ist gesundheitspolitisch hoch relevant. Offensichtlich setzen die hohen Beitragssatzunterschiede vor allem Wechselanreize für günstige Risiken. Die ohnehin schon als Folge des Zuweisungssystems schiefe Risikoverteilung zwischen den Krankenkassen wird damit verstärkt und vom RSA nicht vollständig ausgeglichen. Würden mit anderen Worten nur jüngere Versicherte mit hohem Einkommen stärker wechseln als diejenigen Versicherten, für die diese Parameter nicht zutreffen, hätte dieses Wechselverhalten keine Verzerrung der Anreize im Wettbewerb der Kassen untereinander zur Folge. So aber hat die Kombination intensivierten Wechselverhaltens und der signifikanten Unterschiede in der Risikostruktur der Wechsler zu einer Spirale von Beitragssatzerhö-

2 Unter Preiselastizität wird das Ausmaß verstanden, in dem eine gegebene Beitragssatzveränderung zu einem Kassenwechsel der Versicherten führt. In der Regel ist die Preiselastizität negativ, d. h. Beitragssatzerhöhungen führen zu Mitgliederverlusten..

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

hungen von Kassen mit schlechter Risikostruktur mit anschließenden Kündigungswellen der in diesen Kassen verbliebenen günstigen Risiken geführt.

5 Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Im Gegensatz zu anderen Ländern, die ihre sozialen Krankenversicherungssysteme in Richtung eines regulierten Wettbewerbs ausgerichtet haben, reagieren die Versicherten in der GKV in erheblichem Ausmaß auf die Beitragssatzunterschiede. Die Wechselbereitschaft nimmt im Zeitablauf sogar zu.[3] Problematisch ist allerdings zum einen, dass schlechte Risiken in geringerem Ausmaß wechseln als gute Risiken, und zum anderen, dass der Preiswettbewerb nicht von einem Vertrags- und Qualitätswettbewerb begleitet wird.

Aus ökonomischer Perspektive gibt es für die Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs in der GKV zwei Alternativen. Die erste Alternative ist die konsequente Weiterentwicklung des Preiswettbewerbs zwischen den Kassen im Hinblick auf das Idealmodell des regulierten Wettbewerbs. Die zweite Alternative besteht in der Abkehr von der Wettbewerbsidee, in der Abschaffung des gegliederten Systems und der Zusammenfassung der Einzelkassen in einer Einheitskasse. Obgleich die zweite Alternative aus Sicht des Autors eine durchaus ernst zu nehmende Alternative darstellt (geringe Regulierungs- und Transaktionskosten), stehen ihrer Realisierung zurzeit unüberwindliche politische Widerstände im Wege.[4] Daher werden an dieser Stelle ausschließlich die Implikationen der ersten Alternative diskutiert.

Der erste Schritt in der Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs liegt in der Weiterentwicklung des RSA. Bislang signalisiert der Preis (Beitrag) vor allem nicht ausgeglichene Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten. Idealerweise soll der Preis aber Effizienzunterschiede zwischen den Kassen widerspiegeln. Entwickeln Kassen in der derzeitigen Situation besondere Versorgungsangebote etwa für chronisch Kranke, müssen sie befürchten, für diese Versichertenklientel besonders attraktiv zu werden – weil sie Wechselanreize für schlechte Risiken schaffen. Krankenkassen werden besondere Versorgungsangebote aber nur schaffen, wenn sich der dadurch erreichte Wirtschaftlichkeitsgewinn im Wettbewerb etwa durch Beitragssatzreduktionen nutzen lässt. Die Disease-Management-Programme im RSA sind auf dem Weg zur Weiterentwicklung des RSA nur ein erster Schritt. Langfristig ist eine Morbiditätsorientierung des RSA anzustreben – wie es auch vom Gesetzgeber vorgesehen ist.

Der zweite Schritt ist die Ergänzung des Preiswettbewerbs um einen Vertrags- und Qualitätswettbewerb. Damit würde den Krankenkassen Gelegenheit gegeben, selektive Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern bzw. mit Gruppen von Leistungsanbietern zu schließen. Unterschiede in der Art der Leistungserbringung wären zulässig. Wesentliche Effizienzgewinne sind aus Sicht des Autors allerdings nur zu erwarten, wenn den Kassen die Gelegenheit zu sektorübergreifenden Selektivverträgen gegeben wird. Vorstellbar ist die vollständige Umsetzung dieses zweiten Schrittes aber erst nach Umsetzung der Morbiditätsorien-

3 In der Schweiz und den Niederlanden beispielsweise ist es genau umgekehrt. Dort hat die Wechselbereitschaft nach einem einmaligen Effekt zu Beginn der Wahlfreiheit abgenommen (Colombo 2001, Schut 2001).
4 Natürlich ist eine Einheitskasse auch aus ökonomischer Perspektive problematisch. Faktisch würde damit ein Nachfragemonopol geschaffen.

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

tierung des RSA. In der derzeitigen Situation besteht die Gefahr, dass die Kassen Unterschiede in der Art der Leistungserbringung in erster Linie zur Risikoselektion nutzen würden.

Weniger bedeutend, aber in ihrer Wirkung auch nicht zu vernachlässigen ist die Bereinigung der Wettbewerbsordnung im Hinblick auf die Kalkulation der Beitragssätze und die Öffnung von Krankenkassen, um nicht zu rechtfertigende Wettbewerbsvorteile für bundesweit kalkulierende und nicht geöffnete Krankenkassen zu beseitigen. Zur konsistenten Orientierung am Idealmodell des regulierten Wettbewerbs ist noch ein weiter Weg zurückzulegen. Die Perspektive für die Umsetzung ist eine sehr langfristige. Dennoch ist die Gelegenheit günstig. Die Morbiditätsorientierung des RSA ist in der Entwicklung, die Wechselbereitschaft der Versicherten ist hoch, und die Realisierung von Effizienzgewinnen bei gleichzeitiger Beibehaltung des solidarischen Charakters der GKV erscheint möglich.

Literaturverzeichnis

Colombo, Francesca (2001): *Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland*. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 53. Paris, OECD.

Enthoven, Alain (1988): Managed Competition of Alternative Delivery Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13, 305–321.

Gerlinger, Thomas (2002): *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel.* WZB Arbeitspapier 02-204. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.

Greß, Stefan (2002): *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt a. M., Campus.

Greß, Stefan, Bernard Braun, Peter Groenewegen und Jürgen Wasem (2002a): Erfahrungen mit der freien Kassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden. *Sozialer Fortschritt*. 51 (4), 97–101.

Greß, Stefan, Peter Groenewegen, Jan Kerssens, Bernard Braun und Jürgen Wasem (2002b): Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and the Netherlands. *Health Policy*, 60 (3), 235–254.

Greß, Stefan, Erik Schut und Jürgen Wasem (2002c): *Free Choice of Sickness Funds in Social Health Insurance – Theoretical Foundation and Empirical Findings in Germany.* Paper presented at the Fourth European Conference on Health Economics. Paris, 9. Juli 2002.

Jacobs, Klaus, Peter Reschke, Dieter Cassel und Jürgen Wasem (2002*): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden, Nomos.

Jacobs, Klaus und Jürgen Wasem (1999): Ordnung und Inhalte eines sinnvollen Kassenwettbewerbs in regionaler Perspektive. In: Knappe, E. (Hrsg.): *Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Baden-Baden, Nomos, 139–168.

Knaus, Thomas und Robert Nuscheler (2002*): Health Status and Health Insurance Choice: an Empirical Model for Germany*. Paper presented at the Fourth European Conference on Health Economics. Paris, 9. Juli 2002.

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

Lauterbach, Karl und Eberhard Wille (2001): *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich – Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität*. Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-BV und des IKK-BV. Köln und Mannheim.

Müller, Joachim und Werner Schneider (1999): Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in den Zeiten des Kassenwettbewerbs – empirische Befunde im dritten Jahr der Kassenwahlrechte. *Arbeit und Sozialpolitik*, 53 (3–4), 21–39.

Reiners, Hartmut (1993): *Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? – Ein Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung*. WZB-Arbeitspapier 93-210. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000): *Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, Jahresgutachten 2000/01*. Baden-Baden, Nomos.

Schut, Frederik (2001): Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief. *Economisch Statistische Berichten*, 86, 172–175.

Schwarze, Johannes und Hanfried H. Andersen (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *Schmollers Jahrbuch*, 121 (4), 581–602.

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.490
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 10:54:41
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH