Vierteljahrshefte
zur Wirtschaftsforschung
71 (2002), 4, S. 501–504

Kriterien und Voraussetzungen für erfolgreichen Krankenkassenwettbewerb

Korreferat zu dem Beitrag von Stefan Greß: „Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven"

Von Klaus Jacobs*

1 Wettbewerbliche Ausrichtung der GKV

Mit dem 1992 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) – zustande gekommen in dem mittlerweile fast schon legendären parteiübergreifenden „Konsens von Lahnstein" – wurde durch die Einführung der weithin unbeschränkten individuellen Kassenwahlfreiheit eine bewusste Weichenstellung zugunsten einer dezidiert wettbewerblichen Orientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vollzogen. Wie insbesondere die flankierende Einführung des kassenübergreifenden Risikostrukturausgleichs zeigt, war mit diesem Reformschritt sehr wohl die Vorstellung verbunden, den Kassenwettbewerb als Instrument für mehr Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung zu nutzen; andernfalls – von der zu keinem Zeitpunkt ernsthaft erwogenen Alternative „(regionale) Einheitsversicherung" einmal abgesehen – hätte man den in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) seinerzeit bestehenden vollständigen Ausgabenausgleich wohl kaum zugunsten des an alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben orientierten Risikostrukturausgleichs abgeschafft, sondern vermutlich eher noch über die KVdR hinaus ausgebaut.

Dass im deutschen System der Gesundheitsversorgung seit längerem erhebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite bestehen und somit die bisherigen, gesetzlich-administrativen und korporatistischen („vor-wettbewerblichen") Steuerungsstrukturen keineswegs als grundsätzlich erfolgreich und bewährt gelten können, ist jenseits der üblichen Sonntagsreden-Rhetorik von Politikern und Verbandsfunktionären hinlänglich bekannt. Insofern war die Einführung wettbewerblicher Steuerungsstrukturen überfällig. Entsprechend ist es auch folgerichtig und in hohem Maße gesundheitspolitisch relevant, der Frage nachzugehen, wie es gut fünf Jahre nach Einführung der freien Krankenkassenwahl um die Wettbewerbsrealität bestellt ist und welche gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen aus einer solchen Status-quo-Analyse ggf. gezogen werden sollten.

2 Versicherte und Kassen im Wettbewerb

Im Mittelpunkt des Beitrags von Stefan Greß stehen die aktuellen Rahmenbedingungen für den Preis-(Beitragssatz-)Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sowie das bislang be-

* Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Bonn, E-Mail: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.501
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 11:02:35
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

obachtbare Wechselverhalten der Versicherten seit Einführung der freien Kassenwahl. Wie der Autor zu Recht betont, ist die Datenlage der GKV-Routinestatistik für eine Analyse des Wechselverhaltens weithin ungeeignet, weil darin keine Informationen über Mitgliederzu- und -abgänge auf Einzelkassenebene enthalten sind. Veränderungen der Versichertenzahlen auf der Ebene der „Kassenarten" können ersatzweise bestenfalls eine äußerst grobe Orientierung geben: Zum einen werden lediglich Nettobestandsveränderungen betrachtet, hinter denen sich jeweils eine weitaus größere Zahl individueller Wechselbewegungen (Zu- und Abgänge) verbirgt. Zum anderen gibt es auch innerhalb einzelner Kassenarten beträchtliche Wechselbewegungen, die jedoch bei einer saldierten Betrachtung ausgeblendet bleiben. So waren z. B. in Berlin eine Zeit lang sowohl die günstigste als auch die ungünstigste wählbare Kasse Betriebskrankenkassen – mit dem Ergebnis, dass sich das Größenverhältnis beider Kassen längst deutlich zugunsten der günstigeren gedreht hat. Bei einer „Kassenarten-Sicht", die zwar viel mit der (Eigen-)Wahrnehmung der korporatistischen Akteure (und ebenfalls vieler Gesundheitspolitiker), aber nichts mit der Kassenwahlperspektive der Bürger zu tun hat, bleiben derartige Prozesse naturgemäß „außen vor". Damit muss aber generell fraglich erscheinen, wie viel Ergebnisse von Untersuchungen auf der artifiziellen Kassenartenebene letztlich wert sind.

Sehr viel grundsätzlicher ist die Frage, inwieweit Analysen des Wechselverhaltens der Versicherten überhaupt geeignet sind, Aussagen zur Existenz (Intensität) und Qualität (gesundheitspolitisch erwünschte Inhalte) des Kassenwettbewerbs zu begründen, auf deren Basis gesundheitspolitische Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen gezogen werden können. Hier ist große Skepsis angebracht. In dieser Sicht ist es nämlich keineswegs primär wichtig zu wissen, wie es um das individuelle Kassenwahlverhalten der Versicherten bestellt ist; bedeutsam ist vielmehr das wettbewerbliche Management- und Serviceverhalten der Kassen: Führt der Kassenwettbewerb zu mehr erfolgreichem Engagement der Kassen bei der – insbesondere vertragsgesteuerten – Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung? Wird aktiver und wirksamer auf eine zurückhaltendere Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten hingewirkt? Ist eine vermehrte Orientierung des Kassenhandelns an den Versicherten- und Patienteninteressen erkennbar? Die Beantwortung dieser Fragen muss bei einem vorrangig instrumentellen Wettbewerbsverständnis im Mittelpunkt einer gesundheitspolitisch orientierten Analyse des Kassenwettbewerbs stehen, nicht aber die vor allem aus der Marketingperspektive der Kassen wichtige Frage, wie viele und welche Versicherten von ihrem individuellen Kassenwahlrecht in welcher Richtung Gebrauch machen.

Ein zentrales Ergebnis der Status-quo-Analyse des bisherigen Kassenwettbewerbs (Jacobs et al. 2002) mit unmittelbarer Handlungsrelevanz in Bezug auf eine Anpassung der Wettbewerbsordnung sind die unterentwickelten Anreize der Kassen, aktiv auf den Abbau der vielfach hinlänglich bekannten Versorgungsdefizite insbesondere bei chronisch kranken Patienten hinzuwirken. Kaum ein Kassenmanager wagte bislang, seine Kasse als besonders guter Sachwalter von Chronikerinteressen zu profilieren. Er musste nämlich befürchten, damit u.U. zusätzliche Chroniker anzulocken, die wegen der bislang fehlenden Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs – selbst bei noch so erfolgreichem Ausgabenmanagement – „negative Deckungsbeiträge" stiften und damit zu einer negativen Beitragssatzentwicklung beitragen würden. Derartige Befürchtungen drohender Kassenwechsel der „falschen" Versicherten haben das Kassenhandeln im Ergebnis weitaus nachhaltiger geprägt als alle empirischen Ergebnisse des tatsächlichen Wechselverhaltens, nach de-

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.501
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 11:02:35
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

nen weit überwiegend junge und gesunde Versicherte von ihrem Kassenwahlrecht Gebrauch machen (was den genannten Befürchtungen eines unerwünschten Zustroms von Kranken ja den Boden entzöge).

3 Reformperspektiven und Forschungsbedarf

Für gesundheitspolitische Schlussfolgerungen sind somit nicht die Beobachtungen des individuellen Wechselverhaltens, sondern des Kassenhandelns maßgeblich. Auch wenn kein einziger Versicherter oder vorwiegend Alte und Kranke die Kasse wechselten – für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs als wirksames Steuerungsinstrument in der GKV wäre dies weithin ohne Belang. Unter Gesundheitsökonomen herrscht weitgehend Einigkeit, dass zur Förderung dieser Funktionsfähigkeit vor allem zwei Reformschritte dringend notwendig sind, um den in Lahnstein eingeschlagenen Wettbewerbskurs der GKV nicht zu einer Sackgasse werden zu lassen: die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung und die deutliche Erweiterung wettbewerblicher Handlungsparameter der Kassen, insbesondere im Vertragsbereich – Letzteres gleich bedeutend mit der Schaffung von Voraussetzungen für einen möglichst lebhaften Wettbewerb unter den Anbietern von Versorgungsleistungen. Allein schon weil Wahlfreiheit und Wettbewerb im Rahmen einer freiheitlichen Gesellschaft niemals allein instrumentellen Charakter, sondern immer auch einen wichtigen Eigenwert besitzen, gibt es zu diesem dezidiert wettbewerbsorientierten Reformweg keine ernst zu nehmende Alternative – von der Steuerungseffektivität alternativer Krankenversicherungsmodelle (z. B. Einheitsversicherung) einmal ganz abgesehen.

In Bezug auf die zweckmäßige Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung ist es wichtig, dass die Diskussion nicht auf die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs beschränkt bleibt, auch wenn dieses Instrument als Kernelement der Wettbewerbsordnung zweifellos einen zentralen Stellenwert einnimmt. Hier hat der Gesetzgeber die Weichen mit der geplanten Einführung eines unmittelbar morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bereits richtig gestellt. Erforderlich sind jedoch ebenfalls die von Greß angesprochenen Reformen hinsichtlich des Regionalbezugs der Beitragssatzkalkulation aller Kassen (optionale oder obligatorische Beitragssatzregionalisierung) sowie Vereinheitlichungen im Organisationsrecht (Wegfall noch bestehender Sonderrechte). Ferner erscheint es zwingend notwendig, Organisation und Aufgabenstellung der staatlichen Aufsicht konsequent den Erfordernissen einer wettbewerbsorientierten GKV anzupassen. Keinesfalls unerwähnt bleiben sollte schließlich das Problem des Arbeitgebereinflusses auf die individuelle Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten. Während bei vermehrten Möglichkeiten der Leistungsdifferenzierung aus Versichertensicht die Bedeutung von Preis-/Leistungsabwägungen bei der Kassenwahlentscheidung spürbar zunehmen dürfte, werden die Arbeitgeber voraussichtlich immer vor allem an möglichst geringen Beitragsbelastungen interessiert sein. Solange sich der Gesetzgeber nicht zu einer vollständigen Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags durchringen kann, sollte dessen Ausgestaltung zumindest losgelöst von der konkreten Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten erfolgen, um das Interesse der Arbeitgeber an einer Einflussnahme auf die Kassenzugehörigkeit zu neutralisieren.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der wettbewerblichen GKV in Richtung des von Greß postulierten „Idealmodells des regulierten Wettbewerbs“ besteht jedoch nicht allein Reformbedarf seitens des Gesetzgebers, sondern ebenfalls weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Schon jetzt ist absehbar, dass insbesondere im Hinblick auf die Heraus-

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.501
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 11:02:35
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH

bildung von neuen Betriebsformen zur integrierten Erstellung gesundheitlicher Versorgungsleistungen („Managed-Care-Strukturen“) noch zahlreiche hohe Entwicklungshürden überwunden werden müssen (Jacobs und Schräder 2002). Bis heute gibt es in Deutschland keine hinreichend praktikablen betriebswirtschaftlichen Folien für integrierte Versorgungsformen, die gegenüber der atomisierten Landschaft der „traditionellen“ (segmentierten) Versorgung nennenswerte Produktivitätsvorteile erwarten lassen. Neben der Entwicklung geeigneter betrieblicher Voraussetzungen sind hierzu vor allem auch neue Vergütungsmodelle erforderlich (Stichwort: morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen), wie sie insbesondere in den USA bereits seit längerem verwendet werden. Der hiermit verbundene Entwicklungsaufwand ist hoch und die Vorstellung unrealistisch, dass er allein auf der Basis schon bestehender horizontaler und vertikaler Integrationsansätze (Arztnetze, Krankenhaus-Ärzte-Kooperationen) geleistet werden könne. Hier besteht nicht zuletzt für Gesundheitsökonomen ein wichtiges zukunftsweisendes Tätigkeitsfeld.

Literaturverzeichnis

Jacobs K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2002): *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden, Nomos.

Jacobs K. und W. F. Schräder (2002): Wettbewerb als Motor der Integration? In: Arnold, M., J. Klauber und H. Schellschmidt (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002*. *Schwerpunkt: Wettbewerb*. Stuttgart, Schattauer, 103–112.

DOI https://doi.org/10.3790/vjh.71.4.501
Generated at 216.73.216.169 on 2025-07-19 11:02:35
FOR PRIVATE USE ONLY | AUSSCHLIESSLICH ZUM PRIVATEN GEBRAUCH