



Kassenwettbewerb

# Markt ohne Möglichkeiten

Einheitskasse oder echte Konkurrenz: Beide Szenarien sind dem Ist-Zustand auf dem Krankenkassenmarkt überlegen, meinen Olaf Winkelhake und Stefan Sell. Denn die Kassenpluralität kann ihre Vorteile derzeit nicht entfalten – der Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung ist blockiert.



Vor rund 15 Jahren gab es in Deutschland noch etwa 1.200 gesetzliche Krankenkassen. Heute sind es circa 250 – und mit der Gesundheitsreform soll der Konzentrationsprozess auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitergehen: Das Wettbewerbsstärkungsgesetz will auch kassenartenübergreifende Fusionen ermöglichen. Viele Experten haben dagegen gute Argumente für den Erhalt der bestehenden Pluralität.

Statt darüber zu diskutieren, ob wir 250 Kassen oder nur 30 bis 50 brauchen, fragen wir radikaler: Was spricht unter den derzeitigen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens gegen eine Fusion aller Kassen zu einer Einheitskasse? Welche Vorteile hat es, wenn 30, 50 oder 250 Kassen miteinander konkurrieren? Wenn die Kassenpluralität für das Gesundheitswesen – Patienten, Versicherte, Kassen und Leistungserbringer – grundsätzlich positiv ist, könnte es sinnvoll sein, die derzeitigen Strukturen längerfristig beizubehalten. Wie viele Kassen das System dann genau braucht, müssten Fachleute in einem zweiten Schritt analysieren.

**Einheitskasse und Kundenorientierung.** Eine Einheitskasse würde ein Monopol darstellen. Ordnungs- und wirtschaftspolitisch haben Monopole einen schlechten Ruf, weil unzufriedene Kunden nicht zur Konkurrenz abwandern können. Die (in der Praxis häufig bestätigte) Befürchtung ist daher, dass Monopol-Unternehmen sich relativ wenig um Kundenorientierung und das Preis-Leistungsverhältnis ihrer Produkte kümmern. Dieser Nachteil eines Monopols spricht erst einmal gegen eine Einheitskasse und für den Wettbewerb konkurrierender Kassen.

Das aus der Sicht der Kunden relevante Produkt der Kassen – die medizinische Versorgung – ist in Form und Inhalt gesetzlich festgelegt und wird für die Versicherten aller Kassen durch die identische Infrastruktur auf der Seite der Leistungserbringer bereitgestellt. In diesen Bereichen haben die Kassen also derzeit kaum eine Möglichkeit, sich zum Wohle der Kunden zu profilieren, weil ihnen diktiert wird, was zu tun ist und welche Leistungserbringer wie zu honorieren sind. Wenn wir über Kundenorientierung bei den Krankenkassen sprechen, sprechen wir deshalb nicht über die Qualität der Versorgung, sondern über das Serviceniveau, also wie schnell, freundlich und kompetent Anfragen von Versicherten bearbeitet werden.

**Kundenorientierung als wirtschaftliches Risiko?** Eine Einheitskasse, die keine Konkurrenz fürchten muss, muss sich bezüglich der Kundenzufriedenheit nicht anstrengen. Eine Kasse, die im Wettbewerb steht und schlechten Service liefert, muss dagegen damit rechnen, Versicherte zu verlieren. Insofern könnte – trotz identischen Produkts und identischer Versorgungsstruktur – der Wettbewerb die Kassen davor bewahren, die Kundenorientierung aus den Augen zu verlieren. So jedenfalls ist es in den meisten Branchen – allerdings nicht auf dem Markt der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn ein Autohändler kompetent berät, nach dem Kauf kulant ist und guten Service bietet, steigen die Chancen, dass ein Kunde auch sein nächstes Auto dort kauft. Wenn der Service schlecht ist, werden Kunden abwandern. Für Krankenversicherungen

gilt allerdings die umgekehrte Regel. Wenn ein Kunde mit seiner Versicherung Kontakt aufnimmt, bringt das keine zusätzlichen Umsätze, sondern meistens Kosten. Die Verteilung der Gesundheitsausgaben ist sehr ungleich. Etwa zehn Prozent der Versicherten verursachen 90 Prozent der Kosten. Daraus kann man für die Praxis der Kassen folgende Regel ableiten: Wenn ein Versicherter eine Leistung haben will, für die ein besonderer Kontakt zu seiner Kasse nötig ist, gehört er wahrscheinlich zu den „teuren“ Versicherten und bringt damit der Kasse ein Verlustgeschäft. Unternehmen aller Branchen verwenden viel Energie auf die Frage, wie sie sich diese so genannten C-Kunden vom Leib halten können, ohne ihr Image zu beschädigen.

**Mit schlechtem Service Versicherte abschrecken.** Ein Wettbewerb zwischen Kassen führt also keineswegs dazu, dass die Kassen ihren Versicherten jeden Wunsch von den Augen ablesen. Im Gegenteil: Wir müssen eher befürchten, dass die Kassen einen Wettbewerb um den schlechtesten Service eröffnen, denn schlechter Service schreckt genau die Versicherten ab, die man (aus betriebswirtschaftlicher Sicht) nicht haben möchte, während den Gesunden der Service gleichgültig ist, da sie ihn nicht in Anspruch nehmen. Wenn dann durch das Abschrecken der Kranken auch noch die Prämien sinken, ist eine Kasse mit schlechtem Service für Gesunde attraktiv.

Das Pikante an diesem Problem ist, dass schlechter Service nur schwer von effizientem Service zu unterscheiden ist. Wenn eine Kasse 50 Prozent der Geschäftsstellen schließt und auf Online-Service per Internet und Telefon umstellt („Lean Service“), dann wirkt das kostensparend. Aus Sicht der Betriebswirtschaft hat der Online-Service den erwünschten Nebeneffekt, für die C-Kunden eine Schikane darzustellen. Vergleicht man die Beiträge der besonders schlank organisierten virtuellen Betriebskrankenkassen und der flächendeckend präsenten Kassen, so zeigt bereits eine Überschlagsrechnung, dass die virtuellen Kassen beim Service gar nicht so viel sparen können, dass sich die vorliegende Beitragssatzdifferenz ergibt. Der Einspareffekt des Lean Service bei den Verwaltungskosten ist sekundär. Der tatsächliche Einspareffekt ergibt sich aus der Abschreckung der teuren Kunden.

**Risikostrukturausgleich versagt.** 1994 hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, um diesen Effekt zu vermeiden. In seiner derzeitigen Form verschärft der RSA das Problem jedoch, statt es zu lindern. Die Grundidee des RSA ist, dass jede Kasse aus einem gemeinsamen Topf soviel Geld erhält, wie sie (bei durchschnittlicher Effizienz) für die Versorgung eines Versicherten aufwenden muss. Der RSA berechnet jedoch nur Durchschnittswerte nach Alter und Geschlecht und berücksichtigt den Gesundheitszustand des Einzelnen nicht. Die Kasse erhält also mischkalkulierte Pauschalen für jeden Versicherten. Das funktioniert so lange, wie der Anteil der Versicherten mit großem Leistungsbedarf bei allen Kassen gleich hoch ist.

Wenn die Kassen aber, wie beschrieben, eine Möglichkeit haben, ihre Quote von C-Kunden zu beeinflussen, funktioniert der RSA nicht mehr, beziehungsweise lädt dazu ein, Ausbeutungsstrategien zu fahren. Wenn es einer Kasse gelingt, die

Kranken durch schlechten Service zu vergraulen, bekommt die Kasse immer noch die mischkalkulierte Pauschale für Kranke, die gar nicht mehr da sind. Umgekehrt sind Kassen mit gutem Service benachteiligt, wenn die Kranken anderer Kassen zu ihnen wechseln. Weil die Verteilung der Kosten auf die Versicherten so extrem ungleich ist (das heißt der Anteil von C-Kunden zwar gering ist, sie aber große Löcher in die Kasse reißen), bedarf es keiner großen Wanderungsbewegungen, um den Wettbewerb zu verzerren. Der RSA muss deshalb dahingehend modifiziert werden, dass der tatsächliche Gesundheitszustand jedes Versicherten in die Berechnung der Summe, die die Kasse erhält, einfließt. Die Einführung dieses morbiditätsorientierten RSA (kurz: Morbi-RSA) ist jedoch von der Regierung jüngst um zwei Jahre auf 2009 verschoben worden. Die Politik bastelt lieber an den Spielregeln herum, statt endlich die gezinkten Würfel auszutauschen.

**Verwaltungseffizienz als Grund für den Wettbewerb.** Aus anderen Branchen wissen wir, dass Monopole – wie etwa eine Einheitskasse – zu Ineffizienz und/oder hohen Kosten tendieren. Was würde passieren, wenn auf dem Krankenkassenmarkt jegliche Konkurrenz beseitigt wäre? An der medizinischen Versorgung würden wir das nicht merken, denn das Versorgungssystem ist für alle Kassen identisch. Es besteht allerdings die Gefahr, dass die Verwaltungskosten steigen, weil eine Einheitskasse nicht fürchten muss, dass Ineffizienz in diesem Bereich zu höheren Beiträgen führt und höhere Beiträge zur Abwanderung von Kunden.

Ist ein Kassenpluralismus also doch überlegen, weil damit ein Anreiz für die Kassen besteht, die Verwaltungskosten möglichst gering zu halten und sich so (über niedrigere Beitragssätze) Wettbewerbsvorteile zu verschaffen? Wohl kaum. Die Verwaltungskosten in der GKV sind der Schwanz und nicht der Hund: Während im Bereich der Privatversicherungen ein Verwaltungskostenanteil von über 20 Prozent nicht unüblich ist, liegt er in der GKV relativ stabil bei rund fünf Prozent. Wir reden also über einen kleinen Ausgabenbereich. Das soll folgende Beispielrechnung verdeutlichen: Wenn eine



Kassen mit gutem Service haben Nachteile im Wettbewerb, weil sie bei Kranken beliebt sind.

Kasse einen Beitragssatz von 15 Prozent hat, dann sind 95 Prozent der Einnahmen der Kasse außerhalb des unmittelbaren Einflusses der Kasse. Auf fünf Prozent hat die Kasse einen direkten Einfluss. Fünf Prozent von 15 Prozentpunkten sind 0,75 Prozentpunkte. Wenn nun der Konkurrenzdruck dazu führen würde, dass überhaupt keine Verwaltungskosten mehr anfallen, würde sich der Beitragssatz also auf 14,25 Prozent senken. Das ist zwar illusorisch, vermittelt aber einen Eindruck von der Dimension, um die es geht, also vielleicht einen oder zwei Zehntelpunkte des Beitragssatzes. In den fünf Pro-

#### Black Box Kassenfusionen: Was zu untersuchen wäre

Die Politik will weniger Krankenkassen und ermöglicht daher mit der Gesundheitsreform unter anderem auch kassenartenübergreifende Fusionen. Dahinter steht die Hypothese, dass wenige große Kassen wirtschaftlicher arbeiten. Ein wissenschaftlicher Beleg dafür fehlt jedoch: **Bisher gibt es keine publizierten Studien über die Auswirkungen von bereits erfolgten Kassen-Fusionen und auch keine grundsätzlichen Arbeiten zu diesem Bereich.** Folgende Aspekte müssen genauer untersucht werden:

- Können Fusionen zu nennenswerten Einsparungen im administrativen Bereich führen, beispielsweise durch den Abbau von Doppelstrukturen, und wenn ja zu welchem Preis und mit welcher Dauer?
- Wie hoch sind die Overhead-Kosten für Steuerung und Management in den fusionierten Unternehmen und wie effizient ist eine umfassende Zentralisierung von Funktionen, die bislang in kleineren Einheiten erbracht worden sind?
- Welche Bedeutung hat die Größe einer Kasse, wenn sich das Kollektivvertragssystem weiter auflöst und eine Vielzahl an Einzel- und Gruppenverträgen auch im ambulanten Bereich hinzukommen? Kleine Kassen könnten – statt zu fusionieren – kooperieren oder sich auf Nischenangebote spezialisieren.

- Wie groß ist die Gefahr der dauerhaften Quersubventionierung unwirtschaftlicher Bereiche in einer großen Kasse?
- Wie viel Organisationsenergie wird mit der Fusion auf Jahre hinaus gebunden und steht nicht für eine Verbesserung der Dienstleistungen für die Versicherten zur Verfügung?
- Eine ganz wichtige Frage berührt die unterschiedlichen Unternehmenskulturen: Wie hoch sind die Fusionskosten in Form von innerer Kündigung und Verweigerungshaltung im Gefolge umfassender Reorganisationen?
- Und nicht zu vergessen: Wie ist beispielsweise die Herausbildung einiger weniger Oligopole oder regional sogar Monopole auf der Kassenseite aus Sicht der Versicherten und der Leistungserbringer zu beurteilen?

**Angesichts der Befunde zu den Fusionseffekten aus anderen Branchen ist gegenüber den Effizienzsteigerungphantasien zumindest eine gehörige Portion Skepsis angebracht.** So zeigt eine neue Studie der Unternehmensberatung Ernst & Young, dass bei jedem zweiten Unternehmen nach der Fusion Unternehmenswerte vernichtet worden sind und mindestens jede dritte Fusion ist definitiv gescheitert.

zent Verwaltungskosten stecken zudem Ausgaben, die durch die Vielzahl der Kassen entstehen. So muss beispielsweise jede Kasse parallel zu den anderen mit den Leistungserbringern Verträge abschließen. Auch müssen Kassen, die im Wettbewerb stehen, in das Marketing investieren, um Mitglieder zu gewinnen und zu halten.

**Arbeiten kleinere Kassen wirtschaftlicher?** Der Wirtschaftswissenschaftler Bert Rürup kommt in seinem Aufsatz „GKV: Verwaltungskosten und Kassengröße“ (April 2006) zu einer anderen Schlussfolgerung: Die Entwicklung der Verwaltungskosten von 1986 bis 2004 zeige, dass die vor dem Fusionsprozess kleinen Orts- und Innungskrankenkassen sparsamer gewirtschaftet haben als die großen Ersatzkassen. Dieser Vorsprung habe sich durch die Fusionen signifikant verkleinert.

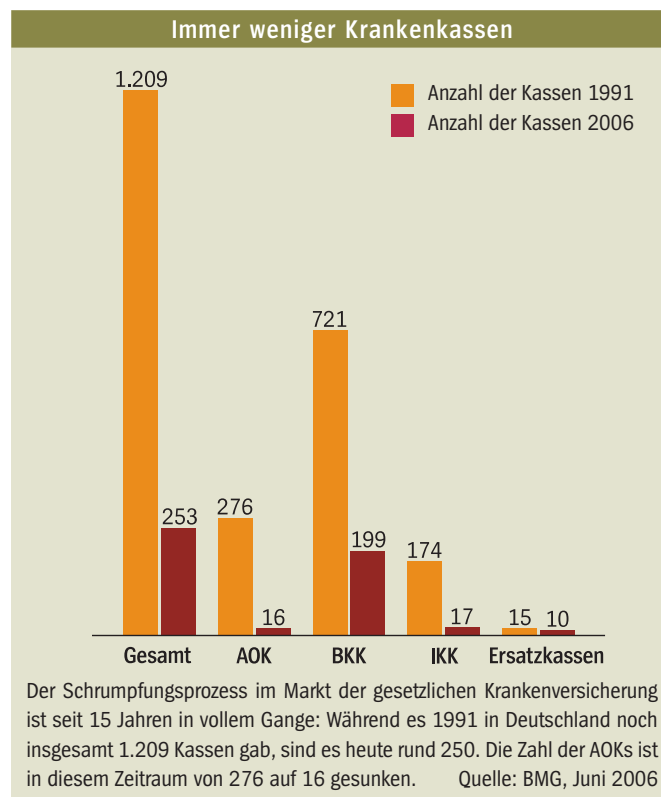
Worauf beruht der Unterschied in der Bewertung? Zum einen vergleichen wir nicht kleine Kassen mit großen Kassen, sondern einen Markt, auf dem sich viele Kassen tummeln, mit einer Monopol-Kasse. Zum zweiten berücksichtigt das Rürup-Papier die Risikostruktur der Kassen nicht. Es ist offensichtlich, dass Kranke höhere Verwaltungskosten verursachen als Gesunde. Wenn nun ein Zusammenhang zwischen dem Anteil der Kranken unter den Versicherten und der Versicherungsgröße besteht, haben kleine Kassen vielleicht deshalb geringere Verwaltungskosten, weil sie weniger Versicherte mit großem Leistungsbedarf haben und deswegen auch weniger Verwaltungsarbeit anfällt. Zudem liegen die absoluten Zahlen sehr dicht beieinander. Die Innungskrankenkassen gaben im Jahr 2004 167 Euro je Mitglied für die Verwaltung aus, die AOKs 170 und die Ersatzkassen 188 Euro. Die Spanne beträgt also 21 Euro, beziehungsweise 1,75 Euro je Monat. Außerdem erklärt Rürup nicht, warum größere Kassen teurer sind als kleine. Wenn es eine Gesetzmäßigkeit gäbe, dass konkurrierende Verwaltungen effizienter als Monopolverwaltungen sind, müssten wir unter anderem über Wettbewerb zwischen Finanzämtern nachdenken. Wenn die Erklärung aber lautet, dass bestimmte Kassen sich einfach wenig Mühe gegeben haben, die Kosten niedrig zu halten, muss man fragen, warum und ob man das ändern kann.

**Führt der Wettbewerb zur Angebotsvielfalt?** Das Leistungsangebot der Kassen ist zu etwa 95 Prozent gesetzlich vorge-schrieben und einheitlich. Damit ist ein Wettbewerb über Produktdifferenzierung nicht möglich, beziehungsweise auf Nachrangigkeiten begrenzt. Warum verzichten wir im Gesundheitssystem auf eine Wahlfreiheit beim Leistungsumfang? In seinem Gutachten aus dem Jahr 1994 hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: „... zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“) Gründe und Möglichkeiten der Flexibilisierung von Leistungskatalogen innerhalb der GKV durchdekliniert. Alle Vorschläge gehen allerdings davon aus, dass die Wahlmöglichkeit für jeden Versicherten nur einmal in seinem Leben besteht. Ändert der Versicherte seine Wünsche zum Leistungsumfang, wird er in späteren Jahren kaum noch bezahlbare Wechselmöglichkeiten in Konkurrenztarife haben: Das Solidarprinzip besteht auch darin, dass nicht nur klar ist,

wer mit wem solidarisch ist, sondern auch worauf sich die Solidarität bezieht. Angenommen, ein Versicherter wählt einen Tarif, der keine elektrischen Rollstühle umfasst. Der Versicherte erleidet einen Autounfall und ist querschnittsgelähmt. Hat er dann das Recht, in einen Tarif zu wechseln, der diese Rollstühle umfasst? Wohl kaum, denn das würde eine Ausbeutung all der Versicherten bedeuten, die – ohne querschnittsgelähmt zu sein – seit Jahren zu diesem Tarif versichert sind und die höheren Prämien gezahlt haben. Die Idee, Kassenwettbewerb könnte in einer Konkurrenz der Leistungspakete bestehen, lässt sich also unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht umsetzen. Es spricht auch viel dafür, daran nichts zu ändern. Der Grund für Kassenpluralität kann also nicht sein, dadurch eine Angebotsvielfalt zu erreichen.

**Wettbewerb um Versorgungseffizienz.** Wir haben, etwas ketzerisch, die Frage gestellt, was Wettbewerb zwischen Krankenkassen überhaupt bringen soll. Unser Zwischenergebnis ist: Wettbewerb um Verwaltungskosten ist bestenfalls ein Nebenkriegsschauplatz. Die Chancen stehen sogar gut, dass die Verwaltungskosten bei kompletter Abschaffung jeglichen Wettbewerbs mittel- bis langfristig sinken würden. Wettbewerb um Leistungskataloge hat Nebenwirkungen, die schlimmer sind als die Krankheit, die er heilen soll.

Wenn diese beiden Ebenen als sinnvoller Grund für Kassenwettbewerb wegfallen, bleibt nur noch ein Grund übrig, aus dem wir bei der Kassenvielfalt bleiben sollten: Die Kassen könnten in einen Wettbewerb um die effizienteste Versorgung treten. Diese Stoßrichtung lag der Konstruktion des RSA zugrunde. Wenn eine Kasse in der Lage ist, für die Versorgung eines Diabetikers 1.000 Euro weniger aufwenden zu müssen,



als der Durchschnitt der Konkurrenz, soll sie dafür belohnt werden, indem ihr der Durchschnittsbetrag zugewiesen wird. Betriebswirtschaftlich gesehen, wäre dann jeder Diabetiker eine „Cash Cow“, mit der man Überschüsse erzielt, die man in Form niedrigerer Beiträge an die Versicherten weitergeben kann und so die eigene Wettbewerbsposition verbessert. Das funktioniert derzeit jedoch, wie beschrieben, überhaupt nicht. Möglicherweise löst der Morbi-RSA die geschilderten Probleme. Trotzdem bleibt die Frage, wie eine Kasse die effizientere Versorgung bewerkstelligen soll. Alle Kassen bedienen sich doch der gleichen Versorgungsstruktur. Die gleichen Krankenhäuser und Ärzte behandeln die Versicherten aller Kassen.



Das Kassensystem kombiniert derzeit die Nachteile von Monopolen mit den Nachteilen des Wettbewerbs.

**Versorgungswettbewerb ermöglichen und fördern.** Wenn wir einmal kurz vergessen, dass wir über das Gesundheitssystem reden und uns vorstellen, wir redeten über Autos, wäre die Lösung klar. Die einzelnen Anbieter würden eigene Produktionsprozesse in eigenen Fabriken aufbauen. Wo es nicht wettbewerbsrelevant ist, würden sie kooperieren, aber in wettbewerbsrelevanten Prozessen würden sie sich gegeneinander abschotten und in diesem Bereich die Effizienz erhöhen, um so Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Wenn die Kassenpluralität zu einem Effizienzwettbewerb in der Versorgung führen soll, muss genau das möglich sein und gefördert werden: Kassen müssen Exklusivverträge mit einzelnen Leistungserbringern schließen können, beziehungsweise mit bestimmten Leistungserbringern keine Verträge abschließen dürfen, wenn ihnen das effizienter erscheint. Sie müssen eigene Leistungserbringer einstellen, Versorgungszentren aufbauen, Krankenhäuser kaufen können. All das ist zur-

zeit bestenfalls ansatzweise möglich. Die Hauptstoßrichtung von Konzepten der integrierten Versorgung ist, dass sich die Leistungserbringer stärker koordinieren. Das betrifft aber wiederum die kassenübergreifende Versorgungsstruktur. Die Ebene der Kasse ist bei diesen Konzepten eher nachrangig.

**Szenario Einheitskasse.** Weder die Verwaltungseffizienz, noch die Kundenorientierung oder die Angebotsvielfalt sind schlagkräftige Argumente für einen Kassenwettbewerb. Und der Wettbewerb um die beste Versorgung ist derzeit gesetzlich blockiert. Das GKV-System ist in seiner jetzigen Ausgestaltung weder Fisch noch Fleisch und kombiniert die Nachteile von Monopolen mit den Nachteilen von Wettbewerb. Es wäre daher volkswirtschaftlich sinnvoll, sich für eine der beiden Varianten zu entscheiden und das Gesundheitssystem entsprechend umzugestalten.

Wir möchten einige Aspekte beleuchten, die wir bei einer Entscheidung für die eine oder andere Variante für wahrscheinlich beziehungsweise zwangsläufig halten. Im Szenario Einheitskasse würde sich aus Sicht der Patienten relativ wenig ändern, da die monolithische Versorgungsstruktur erhalten bliebe und im Wesentlichen nur die Beitragsverwaltung zentralisiert wird. Präventionsangebote werden sich stärker am tatsächlichen Nutzen orientieren. Der Servicebereich der Einheitskasse steht nicht mehr unter dem Druck, C-Kunden abschrecken zu müssen, weil es keine Konkurrenten mehr gibt, zu denen die teuren Versicherten abwandern könnten. Die Kundenzufriedenheit chronisch Kranker könnte sich deshalb sogar verbessern. Ein RSA wäre im Gesundheitssystem mit einer Einheitskasse überflüssig.

**Szenario Versorgungswettbewerb.** Bei vollständig entwickeltem Versorgungswettbewerb werden die Versicherten Einschnitte bei der Arztwahl in Kauf nehmen müssen. Versorgungswettbewerb der Kassen ist mit einem mehr oder minder sanften Druck auf die Versicherten verbunden, dieses System auch zu nutzen. Eine Inanspruchnahme von Leistungserbringern außerhalb der kasseneigenen Struktur wird entweder mit merklichen Zuzahlungen verbunden sein, oder sogar komplett von den Versicherten getragen werden müssen. Die Leistungserbringer, die Verträge mit einzelnen Kassen abgeschlossen haben, werden Einschnitte in ihrer Therapiefreiheit akzeptieren müssen. Für die Kassen wird ein zentraler Wettbewerbsfaktor die Entwicklung und Verbesserung von medizinischen Richtlinien sein, bei denen das Preis-Leistungsverhältnis im Vordergrund steht. Die Kassen werden „ihre“ Leistungserbringer auf diese Richtlinien verpflichten, beziehungsweise Begründungen für eine Abweichung erwarten.

Die zentrale Ursache für die Kostenprobleme des deutschen Gesundheitswesens sind Überkapazitäten bei den Leistungserbringern. Da Leistungserbringer teilweise starken Einfluss auf die Nachfrage haben und ihre Kapazitäten auslasten wollen, äußert sich das Überangebot in Form von ineffizienten Behandlungen. Ein Wettbewerb um Versorgungseffizienz wird dazu führen, dass die Kassen insgesamt weniger Leistungen nachfragen. Die Leistungserbringer werden in der Folge Kapazitäten abbauen.

In einem voll entwickelten Versorgungswettbewerb wird es zudem zu einer Pluralität der Versorgungskonzepte kommen. Das wird sowohl die rechtliche Beziehung zwischen Kasse und Leistungserbringer als auch den Umfang der Steuerung der Versicherten umfassen. Sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten bringt das bisher nicht gekannte Wahlmöglichkeiten mit sich. Es ist durchaus denkbar, dass das bisherige System der freien Arztwahl nicht nur überlebt, sondern sogar einen beträchtlichen Marktanteil behält. Gleichzeitig ist vorstellbar, dass Kassen eigene Krankenhäuser und Polikliniken mit fest angestellten Ärzten aufbauen.

**Mehr Wahlfreiheit für Patienten und Ärzte.** Wenn ein Patient großen Wert auf freie Arztwahl legt, kann er sie über den (vermutlich) höheren Beitragssatz erhalten. Ist ihm die freie Arztwahl nicht wichtig, kann er entsprechend Geld sparen. Leistungserbringer, denen Einkommenssicherheit wichtiger als Autonomie ist, können sich das passende System suchen, genauso wie Leistungserbringer, denen fachliche und/oder wirtschaftliche Autonomie wichtig ist. Diese Parallelität der Konzepte würde allein aus regionalen Gründen entstehen. Kassen-eigene Polikliniken könnten nur in Ballungsräumen ausgelastet werden. In strukturschwachen Regionen, wie beispielsweise dem bayrischen Wald oder Mecklenburg-Vorpommern ändert sich möglicherweise an der Versorgungsstruktur gar nichts, weil die Wege für die Patienten sonst zu lang werden.

Der Aufbau kasseneigener Versorgungsstrukturen bedarf eines regional hohen Marktanteils. Strukturschwache Gebiete eignen sich dafür, wie beschrieben, nicht. Kassen mit niedrigem Marktanteil haben aber auch in Ballungsräumen kaum Chancen, dieses Konzept umzusetzen. Daher wird die Kassenzahl stark sinken. Überregionale Anbieter mit eigener Versorgungsstruktur wird man an einer Hand abzählen können. Daneben könnte es aber durchaus auch lokale und regionale Anbieter geben, die bundesweit keine Rolle spielen.

Wenn die Verwaltungskostenquote der Kassen bei fünf Prozent liegt, entstehen 95 Prozent bei den Leistungserbringern. Im Rahmen einer Differenzierung der Versorgungsstrukturen kann es für die Leistungserbringer selbst attraktiv werden, auf lokaler oder regionaler Ebene eigene Versicherungen zu gründen, wenn sie das dürfen.

#### Lese- und Webtipps

Lehmann, Hansjörg: **Managed Care.** Chur: Rügger, 2003  
Sell, Stefan: **Ein Job-Riese in Fesseln. Megabranche Gesundheit.** in: G+G 6/2005, S. 37–43  
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: **Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität.** Baden-Baden, 1994  
Winkelhake, Olaf, Thormeier, Klaus und Miegel, Ulrich: **Die personelle Verteilung von Gesundheitsausgaben 1998/99.** Sozialer Fortschritt, 2002, (4), S. 58–68  
Winkelhake, Olaf und John, Jürgen: **Probleme der Einführung von Wahlтарifen, Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehaltstarifen in die gesetzliche Krankenversicherung.** Sozialer Fortschritt, 2000, (4), S. 75–85  
[www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de): Website des AOK-Bundesverbandes mit Informationen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich



### Im Versorgungswettbewerb müssen sich die Krankenkassen einer externen Qualitätskontrolle stellen.

Wenn es zwischen Kassen einen Wettbewerb um Versorgungseffizienz gibt, kann die Grenze zwischen effizienter Behandlung und Unterversorgung schmal sein. Aus diesen Gründen werden sich die Kassen einer externen Qualitätskontrolle stellen müssen und sich dazu in die Lage versetzen, überhaupt qualitätskontrolliert werden zu können. Darüber hinaus wird es auch weiterhin einen RSA (mit Morbiditätsorientierung) geben müssen. Studien aus der Schweiz zeigen, dass es ganz erhebliche Risikoselektionseffekte gibt, weil der Anteil von Hochkosten-Patienten in Kassen mit eigenem Versorgungssystem niedriger ist.

**Klare Entscheidung treffen.** Die derzeitige Ausgestaltung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen bietet gegenüber einer Einheitskasse keinen betriebs- oder volkswirtschaftlichen Vorteil. Der wesentliche Vorteil, den Kassenwettbewerb haben könnte, ist die Konkurrenz in der Versorgungseffizienz. Dieser Vorteil ist aber zurzeit durch den Gesetzgeber blockiert. Da es keinen ökonomischen Grund gibt, am derzeitigen System festzuhalten, plädieren wir für eine Lösung, die nicht die Nachteile eines Monopols mit den Nachteilen des Wettbewerbs kombiniert. Man möge sich entweder für ein Monopol (mit seinen Nach- aber auch Vorteilen) entscheiden oder für einen Wettbewerb, der enorme Effizienzpotenziale birgt, aber auch allen Beteiligten Opfer abverlangt. Im Sinne der Wahlfreiheit in der Versorgung, ist das Wettbewerbsszenario überlegen. Aus politökonomischer Sicht ist die Einheitskasse allerdings sicherlich der Weg des geringeren Widerstands. ■

**Professor Dr. Stefan Sell** ist Vizepräsident der Fachhochschule Koblenz und Direktor des Instituts für Bildungs- und Sozialmanagement der FH Koblenz.

**Professor Dr. Olaf Winkelhake** lehrt Krankenversicherungsmanagement am RheinAhrCampus Remagen der FH Koblenz. **Kontakt: [sell@rheinahrcampus.de](mailto:sell@rheinahrcampus.de)**