

Jacobs, Klaus; Schröder, Wilhelm F.

**Article — Digitized Version**

## Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Jacobs, Klaus; Schröder, Wilhelm F. (1989) : Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 69, Iss. 4, pp. 178-183

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136505>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

**Terms of use:**

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

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

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

Klaus Jacobs, Wilhelm F. Schröder

## Neue Ziele und Felder des Kassenwettbewerbs in der GKV

*Im Gefolge des Gesundheitsreformgesetzes, das zu Jahresbeginn in Kraft getreten ist, haben zahlreiche Unternehmen die Gründung von Betriebskrankenkassen angekündigt. Das macht die geplante Organisationsreform des Krankenversicherungssystems, die primär unausgewogene Risikostrukturen und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen beseitigen soll, noch dringlicher. So detailliert über den Risikostrukturausgleich als Voraussetzung für mehr Wettbewerb mittlerweile diskutiert wird, so unpräzise sind die Vorstellungen über ein anderes zentrales Problem: die Frage nach den Zielen und Feldern eines sinnvollen Kassenwettbewerbs.*

Die zeitliche Reihenfolge der beiden Reformschritte Gesundheitsreformgesetz und Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint ausgesprochen fragwürdig: Im Grunde hätte es zunächst im Rahmen eines Organisationsgesetzes zur Änderung der bestehenden Steuermechanismen kommen müssen, bevor – falls dann überhaupt noch erforderlich – in einem weiteren „Kostendämpfungsgesetz“ pauschale Kürzungen und Ausgrenzungen von Leistungen verordnet werden, wie jetzt im Gesundheitsreformgesetz (GRG) geschehen.

Ein zentraler Punkt in der Diskussion um die Organisationsreform ist die Beseitigung unausgewogener Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen durch Einführung eines Finanz- bzw. Risikostrukturausgleichs sowie durch Schaffung des freien Kassenwahlrechts der Versicherten bei gleichzeitigem Diskriminierungsverbot seitens der Kassen. Zwar unterscheiden sich die konkreten Vorstellungen darüber, welche Komponenten der kassenspezifischen Risikostruktur grundsätzlich als ausgleichsfähig zu gelten haben (z. B. Grundlohn, Familienmitversicherung, Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten, regionale Angebotsstrukturen oder besondere „Problemgruppen“, wie Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und Behinderte) und auf welcher Ebene Ausgleichsregelungen angesiedelt werden sollten (z. B. auf Bundes-, Länder- oder regionaler Ebene, kassenar-

tenintern oder -übergreifend), doch verbinden sich alle Vorschläge mehr oder weniger explizit mit der Zielvorstellung, daß durch den Ausgleich der bestehenden unausgewogenen Risikostrukturen unverzerrte Ausgangsbedingungen für einen sinnvollen Kassenwettbewerb geschaffen werden sollen. Dagegen soll der heute – zudem unter höchst ungleichen Bedingungen – geführte Mitgliederwettbewerb der Kassen um „günstige Risiken“ beendet werden; dieser Wettbewerb, der selbst nur Geld kostet, ist aus Sicht der gesamten GKV letztlich funktionslos, weil die bloße „Verschiebung“ von Mitgliedern insgesamt weder eine Erhöhung des Finanzierungspotentials noch eine Begrenzung der Leistungsausgaben bewirkt<sup>1</sup>.

### Unterentwickelte Zieldiskussion

So breit und zugleich detailliert die Diskussion über die Beseitigung der verzerrten Wettbewerbsbedingungen durch Einführung eines Risikostrukturausgleichs mittlerweile geworden ist<sup>2</sup>, so unpräzise und eher kursorisch bleiben dagegen die Vorstellungen hinsichtlich der beiden gleichfalls zentralen Fragen nach den Zielen bzw. den Feldern eines sinnvollen Kassenwettbewerbs in der GKV. Das ist unverständlich, gehören doch die drei Elemente „Wettbewerbsziele“, „Wettbewerbsbe-

---

*Klaus Jacobs, 32, Dipl.-Volkswirt, und Wilhelm F. Schröder, 47, Dipl.-Ingenieur, sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin.*

<sup>1</sup> In diesem Sinn hat sich jüngst auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR-KA) geäußert: „In einem System, in dem 92% der Bevölkerung versichert sind, ist der Wettbewerb durch Risikoselektion volkswirtschaftlich funktionslos. Da eine Kasse nur auf Kosten der anderen gewinnen kann, verschieben sich lediglich die Wettbewerbspositionen, ohne daß es im Laufe dieses Wettbewerbs zu einer kostengünstigeren und qualitativ höheren Versorgung der Versicherten käme.“ (SVR-KA: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989, Ziff. 344.)

dingungen“ sowie „Wettbewerbsfelder und -instrumente“ untrennbar zusammen: Ohne die Darlegung der beabsichtigten Ziele sowie die zumindest grobe Benennung der wesentlichen Wettbewerbsfelder bleibt die Diskussion um die Schaffung unverzerrter Wettbewerbsbedingungen nicht allein konzeptionelles Stückwerk; solange die Ziele (und Felder) des erwünschten Kassenwettbewerbs nicht klar beschrieben werden, wird auch die sachbezogene Diskussion über die Konzipierung eines Risikostrukturausgleichs erheblich erschwert, da unterschiedliche Auffassungen über die Gestaltung des Ausgleichs häufig auf unterschiedlichen (zumeist impliziten) Vorstellungen hinsichtlich seiner Funktion beruhen.

Den wechselseitigen Zusammenhang zwischen den Zielen, Bedingungen und Feldern des Kassenwettbewerbs veranschaulicht auch die Übersicht; sie macht zugleich deutlich, daß dem Risikostrukturausgleich in diesem Kontext zwar große Bedeutung zukommt, seine isolierte Betrachtung jedoch erheblich zu kurz greift.

Ein möglicher Grund für die vergleichsweise unterentwickelte Zieldiskussion mag darin liegen, daß hierzu auf Seiten der Beteiligten an der Organisationsdebatte jeweils relativ klare Vorstellungen bestehen, ohne daß diese stets gesondert ausgeführt werden. Allerdings weichen diese Vorstellungen teilweise deutlich voneinander ab, was sich entsprechend in unterschiedlichen Ausgleichsmodellen widerspiegelt. Die beiden extremen Positionen hierzu lassen sich so charakterisieren, daß einerseits Kassenwettbewerb bei weitgehend einheitlichem, gesetzlich festgelegtem Leistungskatalog prinzipiell als ein Fremdkörper innerhalb der GKV angesehen wird, während andererseits jede Form von Wettbewerb „an sich“ – innerhalb der GKV sowie zwischen GKV und privater Krankenversicherung – bereits als erstrebenswert gilt<sup>3</sup>.

### Stärkung der Nachfrageseite

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen der GKV ist zunächst noch kein eigenständiges Ziel, sondern in erster Linie ein Instrument, mit dem übergeordnete, primär gesundheitspolitisch definierte Ziele im Rahmen

der GKV auf möglichst effektive und effiziente Weise erreicht werden sollen. Als gesundheitspolitisches Oberziel steht die Erreichung und Sicherung eines hohen Gesundheitsniveaus der Bevölkerung im Vordergrund, die die finanzielle Absicherung individueller Krankheitsrisiken beinhaltet. Dem konstitutiven Solidarauftrag der GKV entsprechend, ist dieses Ziel für alle Mitglieder zu erfüllen, und zwar unabhängig von ihrem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt, Alter und Geschlecht, Gesundheitszustand sowie der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen<sup>4</sup>. Wenn die Erfüllung dieser GKVweiten Solidaraufgaben gewährleistet ist, sollte jedoch nach Wegen gesucht werden, die ein möglichst hohes Maß an individueller Wahlfreiheit der Versicherten ermöglichen; hierin besteht eine wesentliche Aufgabe und Chance für das gegliederte Kassensystem.

Bei der Identifizierung der Hauptursachen für den Anstieg der Gesundheitsausgaben (und – damit einhergehend – der GKV-Beitragsätze) wird deutlich, daß bereits seit längerem eine Verschiebung der Versicherteninteressen und die Herausbildung neuer Frontstellungen zu registrieren ist. Lange Zeit ging es in der politischen Auseinandersetzung vorrangig darum, die Zuständigkeit der GKV per Gesetz auf neue Leistungsarten bzw. neue Versichertengruppen auszudehnen. Dagegen wehrten sich insbesondere die Arbeitgeber, während zwischen Versicherten und Leistungserbringern weitgehend Übereinstimmung herrschte. Diese Phase kann jedoch längst als abgeschlossen gelten: Zu nennenswerten ausgabenrelevanten Leistungsausweitungen bzw. Erweiterungen des Versichertenkreises ist es in der jüngeren Vergangenheit kaum noch gekommen; zumindest kann hierin nicht der Hauptgrund für die weiterhin anhaltenden Ausgabensteigerungen gesehen werden.

Hauptverantwortlich für die Ausgabenentwicklung ist vielmehr die „strukturelle“ Unausgewogenheit zwischen den Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen. Auf der Anbieterseite bestehen ausgeprägte ökonomische Interessen an einer hohen Inanspruchnahme dieser Leistungen. Da die medizinisch-legitimatorische „Definitionsmacht“ ebenfalls zum Großteil auf der Anbieterseite konzentriert ist, werden Art und Umfang der Leistungsanspruchnahme gegenüber einer breiten öffentlichen Diskussion weitgehend immunisiert. Der hieraus resultierenden „angebotsinduzierten Nachfragesteuerung“ durch Mengenausweitung von medizinisch zumindest nicht immer eindeutig indizier-

---

<sup>2</sup> Als jüngste Beispiele seien hier genannt das 4. Kapitel des Zwischenberichts der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Bundestags-Drucksache 11/3267 vom 7. 11. 1988, die „Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Krankenversicherung, Gerlingen 1988 (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 25), Kapitel III des Jahresgutachtens 1989 des SVR-KA, a.a.O., sowie W.-D. Leber, J. Wase m: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 69. Jg. (1989), H. 2, S.87 ff.

<sup>3</sup> Vgl. zu beiden Positionen den Zwischenbericht der Enquête-Kommission, a.a.O., S. 444.

<sup>4</sup> Daß es sich hierbei um einen gemeinsamen Solidarauftrag der GKV insgesamt handelt, hat das Bundessozialgericht zuletzt 1985 bekräftigt (BSGE 58.134 ff vom 22. 5. 1985).

ten Leistungen sind die Versicherten weitgehend ausgeliefert.

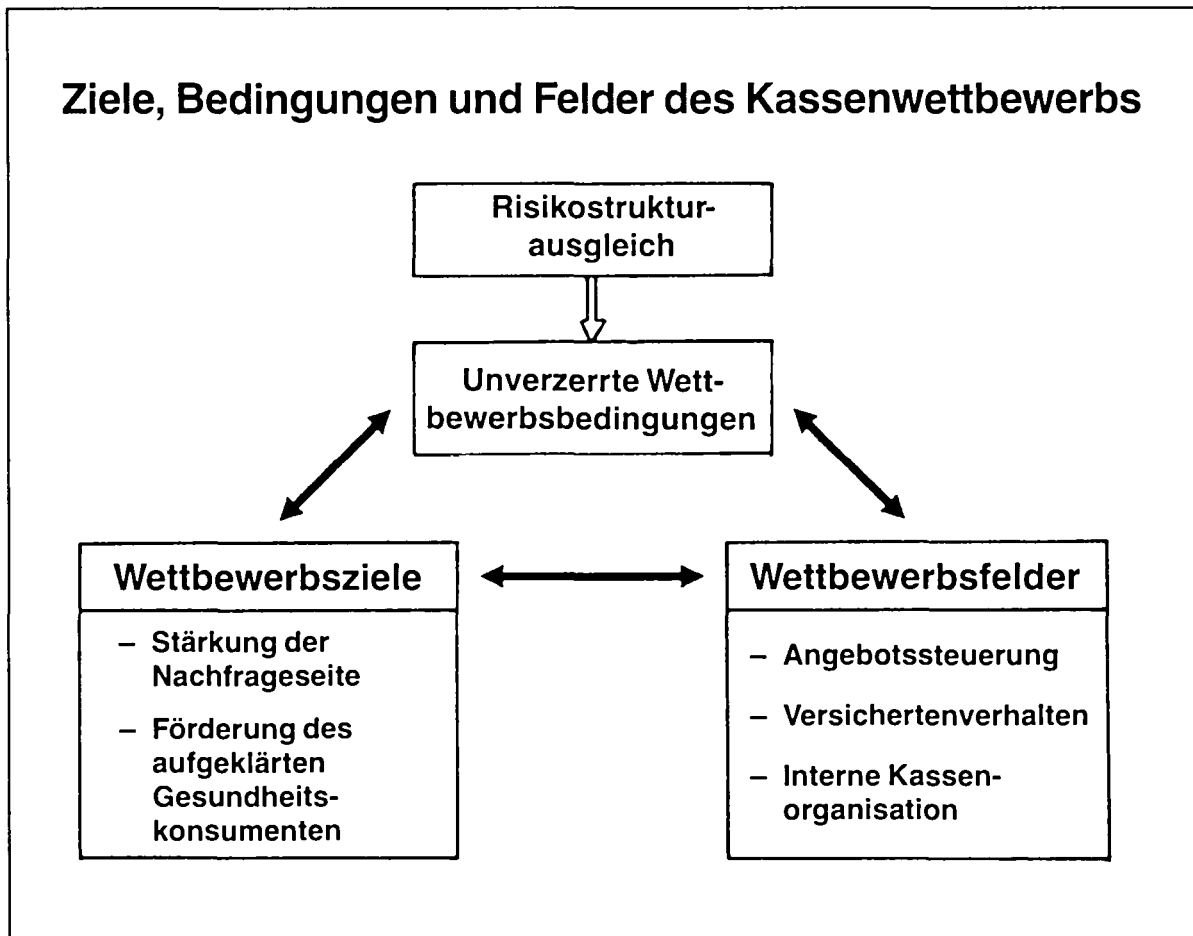
In dieser Auseinandersetzung geht es nicht mehr um die gesetzliche Abgrenzung des Leistungskatalogs bzw. Versichertenkreises der GKV, sondern um Preise und Qualitätssicherung der Leistungserbringung. An der Stärkung der Nachfrageseite gegenüber den Anbietern als einem zentralen Ziel der GKV-Organisationsreform haben Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen ein Interesse; sinnvoller Kassenwettbewerb durch angebots- wie nachfrageorientierte Kassenpolitiken kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

**Entwicklung innovativer Kassenpolitiken**

Effektivität bei der Verwirklichung des gesundheitspolitischen Oberziels bedeutet als Aufgabe für die Kasse (bzw. Leistung der Kasse gegenüber ihren Versicherten) die Sicherstellung eines hohen Qualitätsstandards in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Effizienz bedeutet, dies mit einem möglichst sparsamen

Mitteinsatz zu erreichen. Diese Ziele verlieren schnell ihren hohen Abstraktionsgrad, wenn die Kassen größere Verhandlungs- und Vertragsfreiheiten gegenüber den Leistungsanbietern erhalten. Wettbewerb zwischen den Kassen (bei freiem Kassenwahlrecht der Versicherten und einem Diskriminierungsverbot seitens der Kassen) schafft Anreize für die Entwicklung innovativer Kassenpolitiken sowohl gegenüber den Leistungsanbietern (differenzierte Vertragsgestaltungen) als auch gegenüber den Mitgliedern (differenzierte Tarifgestaltung). Darüber hinaus stärkt er das Bemühen um effiziente Strukturen der internen Kassenorganisation.

Die Betrachtung des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht darf nicht dazu führen, seine medizinischen Aspekte außer acht zu lassen. Wenn von einer Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten die Rede ist, geht es dabei nicht – wie jüngst beim Gesundheitsreformgesetz – um den gesetzlich verordneten Ausschluß bestimmter Gesundheitsleistungen aus dem Katalog der Versicherungsleistungen, der von großen Teilen der



Bevölkerung als eine Form des „Sozialabbaus“ empfunden wird. Vielmehr sollte bei einer Neugestaltung des Krankenversicherungsrechts nach Wegen gesucht werden, auf der Grundlage alternativer Versicherungsangebote ein Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten zu honorieren, das sich weitgehend an Qualitätsstandards orientiert, statt daß pauschale Leistungskürzungen bei denjenigen vorgenommen werden, die aufgrund ihres Gesundheitszustands (objektiv oder subjektiv) auf ein bestimmtes Maß medizinischer Versorgung angewiesen sind.

### **Förderung des „aufgeklärten Gesundheitskonsumenten“**

Die Forderung nach Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich Art und Umfang der von ihnen gewünschten medizinischen Versorgung (und eines entsprechenden Versicherungsangebots) kann sich auf die Erfahrung gründen, daß es *eine* („optimale“) Versorgungsform und *eine* („richtige“) Behandlungskonzeption – jeweils definiert nach medizinischen Bedarfskriterien – nicht gibt. Diese Auffassung steht im Gegensatz zu der (zumindest implizit) nach wie vor herrschenden Vorstellung, der Arzt könne eindeutig eine das Notwendige nicht überschreitende Behandlung definieren und würde dann auch dementsprechend handeln; sie ist zudem nicht mehr in Einklang zu bringen mit der weitverbreiteten Meinung, jedes „Mehr“ an Gesundheitsleistungen unseres Versorgungssystems sei grundsätzlich besser als irgendeine Form des „Weniger“. Sie steht folglich auch im Gegensatz zu der Überzeugung (wie sie etwa von einem Teil der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ geäußert wird), daß Wettbewerb der Kassen auf der Ebene der Leistungsarten mit den Prinzipien der sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar sei, da er die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zumindest teilweise nicht vom medizinischen Bedarf abhängig mache. *Den* medizinischen Bedarf (über den zudem nur die medizinischen „Experten“ zu befinden hätten) gibt es im Modell des „aufgeklärten Gesundheitskonsumenten“ nicht, zumindest nicht in einer Vielzahl medizinischer Leistungsbereiche. Hiermit wird an einem Dogma der gültigen Krankenversicherungsphilosophie gerüttelt.

Jenseits eines „medizinischen Kernbereichs“ bestehen – sowohl abhängig als auch unabhängig von konkreten gesundheitlichen Beeinträchtigungen – durchaus interpersonell unterschiedliche Gesundheitsbedarfe, die darüber hinaus in unterschiedlicher Form (innerhalb oder außerhalb des sanktionierten GKV-Lei-

stungskatalogs) befriedigt werden können<sup>5</sup>. Zwar trifft zu, daß eine eindeutige Abgrenzung eines solchen „Kernbereichs“ nach medizinischen Kriterien letztlich unmöglich ist, doch folgt daraus keineswegs im unzulässigen Umkehrschluß, daß jede erbrachte und von der GKV finanzierte medizinische Leistung per se bedarfsgerecht ist und dem Versicherten/Patienten ein eigenes Urteil hierzu weder zusteht noch von ihm mangels ausreichenden Sachverstands abgegeben werden kann. Gerade weil sich die Abgrenzung eines „harten“, medizinisch einvernehmlich definierten GKV-Leistungsbereichs als unmöglich erweist, sollte dem Versicherten verstärkt die Möglichkeit der Entscheidungsbeteiligung im Hinblick auf seinen Gesundheitskonsum eingeräumt werden.

Insgesamt stellt die Stärkung der Nachfrageseite im Gesundheitswesen ein zweifaches Ziel dar: Gestärkt werden soll zum einen die Position der Krankenkassen – als Interessenvertreter ihrer Versicherten – gegenüber den Leistungsanbietern und zum anderen die Position der Versicherten selbst – als die eigentlichen Gesundheitskonsumenten –, und zwar sowohl gegenüber den Leistungserbringern als auch gegenüber den Kassen. Die Wettbewerbsfelder der Kassen richten sich dementsprechend sowohl auf die Angebotsseite zur Beeinflussung der Preise und zur Qualitätssicherung der Gesundheitsleistungen als auch auf die Nachfrageseite zur Förderung eines kosten- und qualitätsbewußten Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten und Erweiterung individueller Handlungsspielräume. Darüber hinaus bestehen mit dem Angebot besonderer Versicherungstarife Möglichkeiten einer Kombination aus angebots- und nachfrageorientierter Kassenpolitik.

### **Angebotsorientierte Wettbewerbsfelder**

Im Interesse einer Stärkung der Nachfrageseite gegenüber der Anbieterseite im Gesundheitswesen muß den Kassen in allen Leistungsbereichen zunächst grundsätzlich ein größerer Entscheidungs- und Vertragsspielraum eingeräumt werden. Indem die Vertragsgestaltungen mit den Leistungsanbietern (auch in anderen Leistungsbereichen) den Zuständigkeitsbereich jeder einzelnen Kasse zugewiesen und damit explizit zu Feldern des Kassenwettbewerbs erklärt werden, verstärken sich bei den Kassen die Anreize zu einer gezielten Einflußnahme im Interesse ihrer Versicherten. Für gezielte Kassenpolitiken zur Beeinflussung des Leistungsangebots werden in der Diskussion teilweise

<sup>5</sup> Auch der Sachverständigenrat stellt fest, daß „die Ansprüche auf medizinische Leistungen in einer Gesellschaft nicht so einheitlich (sind), daß nur eine Norm gerechtfertigt werden könnte“. (SVR-KA, a. a. O., Ziff. 299.)

sehr weitreichende Vorstellungen formuliert, wie am Beispiel der beiden Leistungsbereiche Krankenhauspflege sowie Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte deutlich wird.

Der Krankenhausbereich, der ebenso wie die Organisationsreform im GRG noch weitgehend ausgespart worden ist, ist gegenwärtig durch die zentrale Krankenhausplanung der Länder, eine faktische Kontrahierungspflicht der Kassen mit allen in den Krankenhausbearbeitungsplan aufgenommenen Krankenhäusern sowie die Deckung der Betriebskosten auf der Grundlage durchschnittlicher Tagespflegesätze gekennzeichnet. Inwieweit einzelne oder gar alle diese Punkte reformbedürftig sind, ist gegenwärtig umstritten. Eine grundlegende Reform fordert z. B. der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten, u. a. durch Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs sowie eine Abkehr von der allgemeinen Pflegesatzpauschale durch Erweiterung der Sonderentgelte<sup>6</sup>.

Auch im Bereich der ambulanten Versorgung besteht eine Fülle möglicher Reformansätze zur Stärkung der Nachfrageseite, wozu ebenfalls sehr weitreichende Änderungsvorschläge im Raum stehen, wie z. B. direkte Vertragsvereinbarungen der Krankenkassen mit einzelnen Ärzten bei faktischer Entmachtung der kassenärztlichen Vereinigungen und Aufhebung der automatisierten Kassenzulassung für alle niedergelassenen Ärzte<sup>7</sup>.

Derart weitreichende Vorschläge, die eine grundlegende „Aushebelung“ gewachsener Organisationsstrukturen bedeuten würden, sind jedoch nicht allein wegen ihrer demzufolge vermutlich sehr geringen Realisierungschancen zurückhaltend zu beurteilen. Langfristig größere Erfolgsaussichten dürfte gegenüber einer auf Konfrontation und Ausgrenzung gerichteten Vertragspolitik der Kassen mit den Anbietern ein Modell haben, in dem – wie bisher – grundsätzlich einheitliche Rahmenbedingungen für das Verhältnis zwischen den Kassen und der Gesamtheit der Leistungsanbieter bestehen, darüber hinaus jedoch besondere Vereinbarungen mit Teilkollektiven der Anbieter getroffen werden, die hierzu ausdrücklich bereit sind. Solche besonderen Vereinbarungen könnten sich auf bestimmte Formen der Preis- und Qualitätskontrollen beziehen und zunächst im Rahmen besonderer Versicherungsverträge an solche Teilgruppen der Mitgliedschaft weitergegeben werden, die dies ebenfalls ausdrücklich wünschen.

Von diesem Modell könnte erhebliche Signalwirkung sowohl unter den Anbietern als auch unter den Kassen-

mitgliedern ausgehen. Es hätte zugleich den Vorteil einer weitgehend „unblutigen“ Einführung, weil weder einzelne Anbieter pauschal ausgegrenzt noch Versicherte zu einer plötzlichen Änderung ihres Inanspruchnahmeverhaltens gezwungen würden, an das sie nicht nur gewöhnt sind, sondern zu dem – aus ihrer Sicht – bislang auch kaum Alternativen bestanden.

### Nachfrageorientierte Wettbewerbsfelder

Der letzte Punkt hat deutlich gemacht, daß eine klare Trennlinie zwischen Angebots- und Nachfrageorientierung einzelner Maßnahmen im Kassenwettbewerb schwer zu ziehen ist. Doch bestehen seitens der Kassen durchaus Möglichkeiten der gezielten Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens ihrer Versicherten. So haben bereits heute viele Kassen erkannt, daß der Gesundheitsförderung im Vorfeld der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein besonderer Stellenwert zukommt. Derartige präventive Aktivitäten können sowohl allgemein für die Gesamtheit aller Kassenmitglieder und -versicherten konzipiert und durchgeführt werden, aber auch – bei Feststellung besonderer Gesundheitsbelastungen einzelner Bevölkerungsgruppen – für bestimmte Zielgruppen. Hier ist z. B. an Aktionen für Raucher, für alkoholgefährdete oder für falsch ernährte Versicherte zu denken, aber auch an die Förderung konkreter Maßnahmen des Gesundheitsschutzes für Angehörige bestimmter Berufsgruppen auf betrieblicher oder überbetrieblicher Ebene. Derartige Kassenaktivitäten haben – abgesehen von möglichen Erfolgen im Bereich der Ausgabenbegrenzung – auch positive Auswirkungen auf das Gesamtbild der Kasse bei ihren Mitgliedern und darüber hinaus; sie können organisatorisch z. B. in gegenüber heute deutlich ausgebauten eigenständigen Gesundheitsdiensten der Kassen eingebunden werden.

Ein anderer Ansatzpunkt zur Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten liegt in einer differenzierten Tarifgestaltung, d. h. im Angebot unterschiedlicher „Versicherungspakete“ zu unterschiedlichen Preisen (sprich: Beitragssätzen). Gerade in dieser Frage bestehen im Rahmen der GKV noch erhebliche Unsicherheiten. Insbesondere wird befürchtet, daß es im Krankheitsfall zu gesundheits- und sozialpolitisch bedenklicher Unterversorgung kommen könnte, wenn ein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse besteht, der Abstriche gegenüber dem gegenwärtigen Leistungspaket enthält.

---

<sup>6</sup> Vgl. SVR-KA, a.a.O., Ziff. 329-337; vgl. auch Wiss. Arbeitsgruppe Krankenversicherung, a.a.O., S. 61.

<sup>7</sup> Vgl. Wiss. Arbeitsgruppe Krankenversicherung, a.a.O., S. 114 f.

Die beschworene Gefahr der „Unterversorgung“ berührt nicht das hier vorgestellte Modell einer differenzierten Tarifgestaltung, in dessen Zentrum keineswegs die völlige oder teilweise Ausschließung des Versicherungsschutzes in einzelnen Leistungsbereichen steht. Ganz unabhängig davon liegt der Vorstellung von der Optimalität des gegenwärtig gültigen Leistungspakets die keineswegs unumstrittene Annahme zugrunde, daß der größte Teil der GKV-finanzierten Gesundheitsleistungen überhaupt grundsätzlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, ihr Mangel folglich zu seiner Verschlechterung oder Nichtverbesserung führt. Im Unterschied zu pauschalen Leistungsausgrenzungen liegt der hier vorgeschlagene Ansatzpunkt für ein differenziertes Tarifangebot in der freiwilligen Entscheidung des Versicherten zugunsten einer vom jetzigen Angebot abweichenden Selbstbeschränkung auf solche Teilkollektive der Anbieterschaft, deren relative Preiswürdigkeit in erster Linie Ausdruck einer effektiven und effizienten Behandlungskonzeption ist.

Hierfür seien drei Beispiele genannt: Trotz einiger Argumente gegen die generelle Einführung einer Positivliste für Arzneimittel gibt es zahlreiche Ärzte und ebenfalls viele Versicherte, die hiermit keine Probleme hätten. Ebenso gibt es Krankenhäuser, die bereit sind, ihre Leistungen hinsichtlich Menge und Qualität einer externen Kontrolle zu unterwerfen, und zugleich Versicherte, die auf das Recht der „freien“ Krankenhauswahl gern verzichten würden, um sich ausschließlich in solchen, besonders qualitätsgeprüften Krankenhäusern behandeln zu lassen. Schließlich gibt es inzwischen viele niedergelassene Ärzte, die sich – der Pseudo-Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage dubioser Mittelwerte überdrüssig – einem medizinisch sinnvollen Qualitätssicherungsverfahren anschließen würden, und ebenfalls wiederum Patienten, die auf die „freie“ Arztwahl ver-

zichten würden, um nur entsprechende Ärzte aufzusuchen. Vorrangige Aufgabe der Kassen wäre es, über geeignete Versicherungsangebote (Tarife) solcherart interessierte Anbieter und Konsumenten zusammenzubringen. Die Beispiele unterstreichen einmal mehr die mögliche Verknüpfung zwischen angebots- und nachfrageorientierter Verhaltenssteuerung ohne die Verhängung von Zwangsmaßnahmen.

### Rückwirkung auf die Wettbewerbsbedingungen

Wie eingangs betont, stehen die Überlegungen zur Herstellung unverzerrter Wettbewerbsbedingungen (Stichwort: Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen) sowie zur Klärung der Wettbewerbsziele und künftigen Wettbewerbsfelder in engem Zusammenhang. Dies sei abschließend anhand eines Beispiels noch einmal verdeutlicht. Die Diskussion um die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs gilt u. a. der Frage, ob ein Ausgleich bundesweit oder auf regionaler Ebene durchgeführt werden soll. Die Analyse der Ziele des Kassenwettbewerbs macht deutlich, daß die Beeinflussung der zumeist regional bestimmten Angebotsstrukturen durch die Kassen im Grundsatz eine regionale Beitragssatzgestaltung erfordert. Regionale Unterschiede der Angebotsstruktur, die sich in der Angebotsdichte und -qualität, aber auch im Niveau der Leistungspreise widerspiegeln, dürfen nicht durch ein globales (bundes- oder länderweites) Ausgleichsmodell zuge deckt werden, das die Anreize bei den Kassen verringert, im Interesse ihrer Versicherten auf ein bestmögliches Preis-Leistungs-Angebot hinzuwirken. Die Benennung des Wettbewerbsziels einer stärkeren Beeinflussung der Angebotsstruktur durch die Kassen hat somit unmittelbare Konsequenzen für die Gestaltung der künftigen Wettbewerbsbedingungen.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

### WELTKONJUNKTURDIENST

Jahresbezugspreis,  
DM 80,-  
ISSN 0342-6335

Der Vierteljahresbericht, der von der Abteilung Weltkonjunktur des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

VERLAG WELTARCHIV GMBH-HAMBURG