

Cassel, Dieter

Article — Digitized Version

Organisationsreform der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Cassel, Dieter (1993) : Organisationsreform der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Nomos, Baden-Baden, Vol. 73, Iss. 3, pp. 131-137

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136983>

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.

Dieter Cassel

Organisationsreform der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse

Am 1. Januar 1993 ist das neue Gesundheits-Strukturgesetz in Kraft getreten. Es sieht einerseits eine Reihe kurzfristig wirksamer „Sofortmaßnahmen“, andererseits aber auch eine längerfristig orientierte „Organisationsreform“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor, um deren finanzielle Grundlagen zu sichern und Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Sind damit die Weichen für „mehr Wettbewerb“ im Gesundheitswesen gestellt, oder führt die Reform geradewegs in die „Einheitskasse“?

Die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsökonominnen lehnt „Beitragssatzstabilität“ als handlungsleitende Maxime für eine Strukturreform der GKV ab. Statt dessen fordert sie mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, um eine effizientere und bedarfsgerechtere, letztlich auch kostengünstigere Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern im Krankheitsfall sicherzustellen. Dazu ist die Kassenwahl für alle Versicherten freizugeben und der daraus resultierende Kassenwettbewerb als unverzerrter und funktionsfähiger Leistungswettbewerb zu gestalten. Letzteres deshalb, weil wichtige Grundprinzipien der GKV – insbesondere die einkommensproportionalen Beiträge und die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen – mit Wettbewerb konfliktieren und eines ordnungspolitischen Flankenschutzes bedürfen. Um einen funktionsfähigen, gleichwohl das Solidarprinzip wahrenen Kassenwettbewerb in die GKV einzuführen, sind deshalb folgende Reformschritte unabdingbar¹:

- Freigabe der regionalen Kassenwahl für alle Mitglieder bei Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot seitens der Kassen („Kassenwahlfreiheit“);
- Einführung eines wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleichs, der permanent, regional und kassenartenübergreifend angelegt sein sollte und die Risikokomponenten Grundlöhne, Familienlast und Morbidität einzuschließen hätte („Risikostrukturausgleich“);

Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen für alle Kassen und Gewährung hinreichender Wettbewerbsparameter durch Optionen in der Gestaltung der Versicherungsverträge und des Leistungsgeschehens („Wettbewerbsparameter“); sowie

Einführung einer wettbewerbsadäquaten Leistungsstruktur der Kassen, verbunden mit einer wettbewerbskonformen Regelung ihres Markteintritts und -austritts sowie der Möglichkeit ihres Zusammenschlusses („Kassenstruktur“).

An diesen Prüfsteinen muß sich die im Rahmen des Gesundheits-Strukturgesetzes (GSG) als strukturelle Langfristtherapie vorgesehene „Organisationsreform der GKV“ messen lassen.

Nach § 173 Sozialgesetzbuch (SGB) V haben alle Mitglieder von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ab 1.1.1997 gleichberechtigten Zugang zu allen Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen, deren Zuständigkeit sich auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt. Mitglieder von Betriebs- und Innungskrankenkassen können außerdem zur Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungs- oder Wohnorts wechseln. Soweit Betriebs- und Innungs-

¹ Siehe hierzu im einzelnen D. Cassel: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 149 zur Gesundheitsforschung, Bonn 1987; ders.: Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 72. Jg. (1992), H. 6, S. 287 ff.; ders.: Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer Simulation regionaler Mitgliederwanderungen bei freier Kassenwahl und alternativen Formen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden 1992.

Prof. Dr. Dieter Cassel, 53, ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg.

krankenkassen in ihrer Satzung eine Öffnung für alle Versicherten vorsehen, sind sie ebenfalls regionalgebunden frei wählbar. Gewählt werden kann schließlich auch die Kasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Die geltenden Mitgliederkreis- und Wahlrechtsbeschränkungen für die Sondersysteme (Landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse) bleiben bestehen (§§ 176 ff. SGB V), ebenso für die Betriebs- und Innungskrankenkassen, sofern sie auf eine Öffnungsklausel in ihren Satzungen verzichten. Erstmals kann am 1. 1. 1996 unter Einhaltung einer einjährigen Kündigungsfrist gekündigt werden. An seine Kassenwahl ist das Mitglied für mindestens ein Jahr gebunden. Für mitversicherte Familienangehörige gilt die Kassenwahlentscheidung des Mitglieds. Für die wählbaren Kassen besteht Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.

Reformforderungen erfüllt

Die hinsichtlich der Orts- und Ersatzkrankenkassen ab 1996 geltende freie regionale Kassenwahl, verbunden mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot, entspricht den Reformforderungen. Daß die Sondersysteme von der Kassenwahlfreiheit ausgenommen sind, läßt sich angesichts ihrer relativ geringen Bedeutung vertreten; längerfristig sollten jedoch auch sie zumindest den Betriebs- und Innungskrankenkassen gleichgestellt werden. Eine mittlere Position nehmen die Betriebs- und Innungskrankenkassen ein: Sie können jederzeit Mitglieder an Orts- und Ersatzkrankenkassen verlieren und unterliegen insofern dem Kassenwettbewerb. Außerdem haben sie nun die Möglichkeit, sich für die Allgemeinheit zu öffnen und über die bestehende Mitgliederkreisbeschränkung hinaus Mitglieder zu gewinnen. Dies ist eine Regelung, die den abrupten Bruch mit der gewachsenen Kassenstruktur vermeidet, die Betriebs- und Innungskrankenkassen dennoch in den Kassenwettbewerb mit einbezieht.

Die Beseitigung der unterschiedlichen Kassenwahl-

rechte von Arbeitern und Angestellten durch das Gesundheits-Strukturgesetz ist geradezu revolutionär und in ihren Auswirkungen auf die künftige Kassenlandschaft kaum abzusehen. Mit der Freigabe der Kassenwahl für ca. 80% der GKV-Versicherten scheint der Wettbewerb letztlich als ein Organisationsprinzip der GKV anerkannt zu werden: Die Ersatzkassen verlieren ihre bisherige Sonderstellung, die Ortskrankenkassen ihre Basis- und Auffangfunktion; beide Kassenarten müssen insoweit ihre überkommene Identität aufgeben und werden hinsichtlich ihrer Klientel zu miteinander unbeschränkt konkurrierenden „Universalkassen“.

Das gilt längerfristig voraussichtlich auch für die Betriebs- und Innungskrankenkassen. Sie verlieren durch den vorgesehenen Risikostrukturausgleich den Vorteil aus der ihnen bisher möglichen Risikoselektion und müssen ihre Leistungsfähigkeit im Wettbewerb unter Beweis stellen. Das wird manche Betriebs- und Innungskrankenkasse über kurz oder lang zwingen, aus dem Markt auszuscheiden, sich mit gleichartigen Kassen zusammenzuschließen oder sich satzungsgemäß für alle GKV-Versicherten zu öffnen. Letzteres wird den Betriebskrankenkassen dadurch erleichtert, daß sich die Arbeitgeber ab 1996 entscheiden können, ob sie die Personalausgaben ihrer Kasse weiterhin tragen wollen oder ob diese künftig aus den Beitragseinnahmen finanziert werden sollen (§ 147 Abs. 2 (2) SGB V). Damit ist mit Ausnahme der Sondersysteme das „gegliederte Kassensystem“ der GKV zur Disposition gestellt.

Risikostrukturausgleich

Mit den §§ 266 f. SGB V wird ein permanenter, bundesweiter und kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt. Er tritt am 1. 1. 1994 für die Allgemeine Krankenversicherung (AKV) und am 1. 1. 1995 zusätzlich für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in Kraft; der bisherige Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner wird aufgehoben. Die jährliche Durchführung des Risikostrukturausgleichs wird dem Bundesversicherungsamt übertragen. Für die neuen

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

KONJUNKTUR VON MORGEN

Jahresbezugspreis
DM 135,-
ISSN 0023-3439

Der vierzehntäglich erscheinende Kurzbericht des HWWA – Institut für Wirtschaftsforschung – Hamburg über die Binnen- und Weltkonjunktur und die Rohstoffmärkte

NOMOS VERLAGSGESELLSCHAFT BADEN-BADEN

Bundesländer – mit Ausnahme Berlins – wird er zunächst noch gesondert durchgeführt.

Ziel des alle Kassen erfassenden Risikostrukturausgleichs soll es sein, eine „gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten“ zu erreichen und „Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen“ abzubauen². Zu diesem Zweck werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder („Grundlöhne“), der Zahl der beitragsfrei versicherten Familienmitglieder und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen zwischen den Kassen bundesweit ausgeglichen. Dabei wird die Zahl der Mitglieder und Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht, zugrunde gelegt; die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner bilden eine gesonderte Gruppe (§ 267 (2) SGB V). Der Risikostrukturausgleich umfaßt somit die Risikofaktoren: Grundlöhne, Familienlast, Alter, Geschlecht und Invalidität.

Einnahmen- und Ausgabenunterschiede zwischen den Kassen, die nicht auf diese Risikofaktoren zurückzuführen sind – insbesondere Verwaltungskosten, Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen –, dürfen nicht ausgeglichen werden (§ 266 (4) SGB V).

Wesentlicher Reformschritt

Der ab 1994 vorgesehene Risikostrukturausgleich erfüllt eine ganze Reihe reformpolitischer Forderungen und ist insoweit ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung³:

□ Entscheidend ist zunächst, daß das Gesundheitsstrukturgesetz einen echten Risikostrukturausgleich und keinen Finanzausgleich herbeiführt. Der als allokatonsverzerrend und kostentreibend angesehene KVdR-Finanzausgleich läuft wie vielfach gefordert zum 31. 12. 1994 aus, so daß die Krankenversicherung der Rentner künftig in der Allgemeinen Krankenversicherung aufgeht.

□ Der vorgesehene Risikostrukturausgleich ist permanent und kassenartenübergreifend angelegt. Das ist richtig, weil es nicht nur auf die Kompensation der gewachsenen Strukturverwerfungen und die Schaffung gleicher Wettbewerbschancen im Moment der Kassenwahlfreigabe ankommt, sondern vielmehr darauf, daß der Anreiz, Versicherte nach Risiken zu selektieren, nachhaltig beseitigt wird. Selbstverständlich kann der Risikostrukturausgleich diese wettbewerbssichernde Funktion nur

dann erfüllen, wenn er wie vorgesehen zwischen den im Wettbewerb stehenden Kassen, also kassenartenübergreifend durchgeführt wird.

□ Der Risikostrukturausgleich umfaßt mit Grundlöhnen, Familienlast, Alter, Geschlecht und Invalidität die mit Abstand wichtigsten Risikokomponenten, so daß die verbleibenden strukturbedingten Beitragssatzunterschiede insoweit minimal sein dürften.

□ Das Berechnungsverfahren des Risikostrukturausgleichs ist aus dem Gesetzestext und seiner Begründung nicht klar ersichtlich, zumal Einzelheiten noch durch Rechtsverordnung zu regeln sind (§ 266 (7) SGB V). Soweit jedoch erkennbar ist, wird der Familienlastausgleich ausgaben- und nicht einnahmenseitig durchgeführt, was methodisch gesehen das korrektere Verfahren ist⁴.

□ Die zeitlich versetzte Einführung des Risikostrukturausgleichs zum 1. 1. 1994 (Allgemeine Krankenversicherung) und 1. 1. 1995 (Krankenversicherung der Rentner) erscheint zweckmäßig, um zunächst erst einmal die Datenbasis zu schaffen und Erfahrungen zu gewinnen. Andererseits ist die Erprobungsphase bis zur Freigabe der Kassenwahl 1996 mit Wirkung für 1997 hinreichend lang, um gegebenenfalls noch technisch-methodische Korrekturen vornehmen zu können.

Problematische Aspekte der Ausgestaltung

Bei aller Zustimmung in wichtigen Details muß der vorgesehene Risikostrukturausgleich vor allem deshalb kritisch gesehen werden, weil er bundesweit und nicht regional angelegt ist. Zielführend war hierfür offenbar nicht der wettbewerbssichernde Auftrag des Risikostrukturausgleichs, sondern das verfassungsrechtliche Gebot der Schaffung einheitlicher Lebensverhältnisse im Lande. Angesichts der bekannten Disparitäten in der regionalen Gesundheitsversorgung und der daraus resultierenden interregionalen Beitragssatzunterschiede ist der im GSG vorgesehene bundesweite Ausgleich zwar verständlich, aber wettbewerbstheoretisch gesehen bedenklich: Bundesweiter und regionaler Risikostrukturausgleich werden nämlich in derselben Region hinsichtlich des wettbewerbsrelevanten Beitragssatzspektrums nicht zum glei-

³ Siehe W.-D. Leber: Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs, Diss., Hannover 1991; D. Cassel: Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen ..., a.a.O.; K. Jacobs, P. Reschke: Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden 1992; J. Wasem: Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV, in: Sozialer Fortschritt, 42 (1993), S. 29 ff.

⁴ Vgl. D. Cassel: Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen ..., a.a.O., S. 125 ff.

² Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz), Bundestags-Drucksache 12/3608 v. 5.11.1992, S. 117.

chen Ergebnis führen, weil die Risikostrukturen der Kassen im ersten Fall auf der Grundlage bundesdurchschnittlicher Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben und im zweiten nach Maßgabe regionaler Durchschnittswerte ausgeglichen werden⁵. Es besteht somit die Möglichkeit, daß der bundesweite Risikostrukturausgleich selbst wettbewerbsverzerrend wirkt. Ob die Beitragssatzspektren vor Ort lediglich die Unterschiede in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der miteinander konkurrierenden Kassen spiegeln und als unverfälschte Preissignale wirken können – wie reformpolitisch zu fordern ist –, muß somit bezweifelt werden.

Dies um so mehr, als die überregionalen Ersatzkrankenkassen nicht gehalten sind, regionale Beitragssätze zu kalkulieren. Sie konkurrieren mit den Kassen vor Ort mit einem Beitragssatz, der aus einer überregionalen Mischkalkulation hervorgeht und den örtlichen Gegebenheiten in keiner Weise Rechnung trägt. Die hieraus resultierenden Wettbewerbsverzerrungen werden die regionalen Kassen zwingen, aus dem Markt auszuschneiden oder sich überregional nach Kassenarten zusammenzuschließen, so daß am Ende ein enges Oligopol bundesweit vertretener Kassen stehen könnte. Der Risikostrukturausgleich kann eben seine wettbewerbssichernde Funktion nur dann hinreichend erfüllen, wenn die regionale Kassenwahlfreiheit mit regionalisierten Beitragssätzen und einem regionalen Risikostrukturausgleich einhergeht.

Die bundesweite Ausgestaltung des vorgesehenen Risikostrukturausgleichs muß sich somit folgende Argumente entgeghalten lassen:

- Der bundesweite Risikostrukturausgleich beinhaltet erstens eine wettbewerbsverzerrende interregionale Umverteilung und maximiert im Vergleich zu einer regionalen Lösung die Finanzierungsströme⁶.
- Er nimmt zweitens keine Rücksicht auf die örtlichen Gegebenheiten, wie z.B. unterschiedliche Angebotsdichte und regional gebundene Krankheitsrisiken.
- Drittens zementiert er die wettbewerbsverfälschende Parallelität von regional und bundesweit kalkulierten Beitragssätzen der verschiedenen Kassenarten.
- Dadurch ist viertens nicht sichergestellt, daß die entstehenden Beitragssatzunterschiede vor Ort ausschließlich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kassen

⁵ Vgl. D. Cassel: Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen ..., a.a.O., S. 180 ff.

⁶ Vgl. E. Smigielski: Organisationsreform und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Vortrag vor dem Ausschuß für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik am 5.11.1992 in Jena.

⁷ Vgl. Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes, a.a.O., S. 75.

widerspiegeln und als unverfälschte Preissignale gelten können.

Andererseits ist nicht zu befürchten, daß es durch den vorgesehenen Risikostrukturausgleich regional oder bundesweit zu einheitlichen Beitragssätzen und damit insoweit zu einer „Einheitskasse“ kommt. Im Gegenteil: Die Beitragssätze werden wegen der unterschiedlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kassen, aber auch wegen der nach wie vor unterschiedlichen Kalkulationsgrundlagen der Kassenarten und der überregionalen Umverteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs regional wie interregional recht differenziert bleiben und bei Kassenwahlfreiheit für erhebliche Mitgliederwanderungen sorgen. Ein unverzerrter Kassenwettbewerb ist freilich nicht zu erwarten. Hier wird das reformpolitische Ziel verfehlt.

Wettbewerbsparameter

Das Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) von 1989 hatte bereits eine gewisse Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen für die verschiedenen Kassenarten gebracht, um diesbezüglich die Voraussetzung für einen unverzerrten Kassenwettbewerb zu schaffen. Ein zwingender Handlungsbedarf bestand also nicht. Das Gesundheits-Strukturgesetz geht dennoch einen entscheidenden Schritt weiter, indem es künftig alle Kassenarten einheitlich den Regelungen des Kassenarztrechts unterwirft. Damit entfällt die Sonderstellung der Ersatzkassen im Hinblick auf den Abschluß von Verträgen über die sogenannte vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten⁷. Außerdem müssen die Vereinbarungen insbesondere über die kassenärztliche Versorgung der Versicherten künftig von allen Kassenarten auf der (regionalen) Ebene der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung getroffen werden. Die Ersatzkassen können also nicht mehr wie bisher auf Bundesebene, sondern müssen analog zu den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auf Landesebene verhandeln. Sie können dies getrennt oder gemeinsam tun. Ähnliches gilt für Krankenhausangelegenheiten.

Neue Wettbewerbsparameter, die den Kassen mehr Handlungsspielräume in der Beitrags- bzw. Tarifgestaltung (z.B. durch Wahltarife), im Leistungsangebot oder in der Leistungserbringung eröffnen würden, fehlen dagegen im Gesundheits-Strukturgesetz gänzlich. Statt dessen wird die Handlungsautonomie der Kassen auf vielfältige und subtile Weise weiter eingeschränkt⁸, so z.B. durch aufsichtsrechtliche Prüfungen von Schiedsent-

⁸ Vgl. B.v. Maydell: GSG 1993: Auswirkungen auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln, Juli 1992.

scheidungen (§ 89 Abs. 5 SGB V), Vorgaben für die Beachtung der Beitragssatzstabilität bei Gesamtverträgen (§ 85 Abs. 3 SGB V), Vorlage von Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen bei der Aufsichtsbehörde (§ 71 (2) SGB V) oder das Gebot zu gemeinsamen und einheitlichen Budgetvereinbarungen (§ 84 (1) SGB V).

Kassenwettbewerb läuft leer

Die Verweigerung des Gesetzgebers, den Kassen hinreichende Wettbewerbsparameter zur Verfügung zu stellen, läßt den durch Kassenwahlfreiheit intensivierten Kassenwettbewerb leer laufen: Die Kassen werden verstärkt im Service, im Marketing sowie in ihrem „Randsortiment“ konkurrieren, was alles in allem kostentreibend, aber sicherlich nicht allokatonsverbessernd wirkt. Mit der Budgetierung der Verwaltungsausgaben (Art. 21 Gesundheits-Strukturgesetz) schiebt der Gesetzgeber einer beliebigen Kostenexplosion zwar einen interventionistischen Riegel vor, der Wettbewerb bleibt aber gleichwohl funktionslos und wird die von ihm erwartete Verbesserung der pretialen Steuerung des Systems nicht erreichen können. Dies gilt um so mehr, als der verstärkte staatliche Einfluß auf das Kassenverhalten den Gebrauch der wenigen vertragsrechtlichen Wettbewerbsparameter, die den Kassen bislang zur Verfügung standen, noch weiter einschränkt⁹.

Auch die Verpflichtung aller Kassen, Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern einheitlich auf der Landesebene zu führen, ist keineswegs wettbewerbsförderlich: Zum einen sollte es den Kassen im Wettbewerbsprozeß überlassen bleiben, auf welcher Ebene (Bund, Land, Region) sie mit den Leistungserbringern Vereinbarungen treffen, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen; zum anderen werden bei der vorgesehenen Lösung Kassen, die abweichende Verträge zu schließen beabsichtigen, unter massiven politischen und aufsichtsrechtlichen Druck geraten. Die Verpflichtung aller Kassen auf das Land als Verhandlungsebene bedeutet so gesehen einen Verlust an vertrapspolitischen Handlungsmöglichkeiten, der letztlich nicht wettbewerbslich, sondern interventionistisch herbeigeführte Einheitskonditionen zur Folge haben wird.

Kassenstruktur

Das Gesundheits-Strukturgesetz regelt auch den Markteintritt und -austritt sowie den Zusammenschluß von Kassen teilweise neu. Dabei erhalten die Kassenarten klar definierte Optionen, insgesamt werden jedoch

die staatsdirigistischen Eingriffsmöglichkeiten erheblich verstärkt:

□ Die Neugründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen wird erschwert, indem die Mindestmitgliederzahl von 450 auf 1000 heraufgesetzt und ihre Errichtung von der Zustimmung der Mehrheit der Beschäftigten abhängig gemacht wird (§§ 148, 157 SGB V). Ihre Auflösung auf Antrag des Arbeitgebers bzw. der Innungsversammlung soll nicht mehr möglich sein, nachdem sie sich satzungsgemäß für alle Versicherten geöffnet haben (§§ 152, 162 SGB V); in diesem Falle ist eine Schließung nur noch durch die Aufsichtsbehörde möglich.

□ Auch Orts- und Ersatzkrankenkassen können künftig aufgelöst bzw. geschlossen werden, dies aber nur durch die Aufsichtsbehörde, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist (§§ 146 a, 170 SGB V). Für die Ortskrankenkassen gilt die Leistungsfähigkeit insbesondere dann als gefährdet, wenn der Bedarfssatz einer Kasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz dieser Kassenart um mehr als 10% oder den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz um mehr als 12,5% übersteigt. Orts- und Ersatzkassen werden ausdrücklich darauf verwiesen, daß sie eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit durch kassenarteninterne Vereinigungen vermeiden können¹⁰.

□ Ortskrankenkassen können sich freiwillig zusammenschließen oder können auf Anordnung der Landesregierung zusammengeschlossen werden (§ 145 SGB V). So kann die Landesregierung durch Rechtsverordnung auf Antrag und nach Anhörung einer Ortskrankenkasse oder eines Landesverbandes einzelne oder alle Ortskrankenkassen eines Landes vereinigen. Bedingung dafür ist, daß die Leistungsfähigkeit der betroffenen Kassen verbessert oder ein Bedarfssatzschwellenwert von 5% überschritten wird. Kommt eine freiwillige Vereinigung innerhalb eines Jahres nach Antragstellung nicht zustande, kann die Landesregierung nach Anhörung der Kassen und Landesverbände die Fusion durch Rechtsverordnung zwangsweise durchsetzen. Landesübergreifende Zusammenschlüsse sind auf der Grundlage eines Staatsvertrages möglich.

□ Auch Innungs- und Ersatzkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte freiwillig zusammenschließen, bedürfen dazu allerdings der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden (§§ 160, 168a SGB V). Im Falle der Ersatzkassen kann der Bundesminister für Gesundheit auf Antrag einer Ersatzkasse oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen einzelne Kassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des

⁹ Vgl. E. Smigielski, a.a.O., S. 11.

¹⁰ Vgl. Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes, a.a.O., S. 112.

Bundesrates vereinigen. Für die zwangsweise Vereinigung von Innungs- und Ersatzkassen gilt die für Ortskrankenkassen vorgesehene Regelung entsprechend. Damit gleichgestellt sind auch die Betriebskrankenkassen, wenn sie satzungsgemäß allen Versicherten offenstehen.

Während also der Markteintritt- und -austritt für die Betriebs- und Innungskrankenkassen erschwert wird, erleichtert das Gesundheits-Strukturgesetz kassenarteninterne Zusammenschlüsse und gibt darüber hinaus dem Staat sogar die Möglichkeit, sie unter bestimmten Bedingungen zu erzwingen.

Staatsdirigismus und Kassenkonzentration

Die getroffenen Regelungen zum Markteintritt und -austritt sowie zum Zusammenschluß von Kassen ist insoweit konsequent und wettbewerbskonform, als sie die Kassenarten vor dem Gesetz gleichstellen. Die durch die Kassenwahlfreiheit bereits herbeigeführte Gleichstellung insbesondere der Orts- und Ersatzkrankenkassen wird hierdurch auch materiell abgesichert. Der Gesetzgeber bekräftigt damit seinen Willen, alle Kassen gleichberechtigt dem Wettbewerb auszusetzen und weder für die Orts- und Ersatzkrankenkassen, noch für die sich öffnenden Betriebs- und Innungskrankenkassen eine Sonderstellung aufrechtzuerhalten. Diese Regelungen lassen sich wettbewerbspolitisch allerdings auch kritisch sehen:

Der erschwerte Marktzutritt für Betriebs- und Innungskrankenkassen ist als Reaktion des Gesetzgebers auf die Forderung vor allem der Ortskrankenkassen zu verstehen, keine „Risikoselektion“ bzw. „Entsolidarisierung“ mehr durch Neugründung insbesondere von Betriebskrankenkassen zuzulassen. Durch die Einführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs wird diese Argumentation jedoch hinfällig. Der erschwerte Marktzutritt bedeutet praktisch die Verhinderung von potentiell (Newcomer-) Wettbewerb, der für einen effizienten Wettbewerbsprozeß auf Dauer unabdingbar ist, zumal an Neugründungen von Orts- und Ersatzkrankenkassen kaum zu denken ist.

Die Erschwerung des Marktaustritts bei Gefährdung der Leistungsfähigkeit und die gleichzeitige Erleichterung bzw. Erzwingung von Zusammenschlüssen ist wettbewerbspolitisch ebenso bedenklich, weil dadurch in Verbindung mit dem voraussichtlich wettbewerbsverzerrenden Risikostrukturausgleich und der Parallelität von bundesweiter und regionaler Beitragssatzkalkulation Konzentrationstendenzen gefördert werden. Dies insbesondere dann, wenn der Staat nicht einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb intendiert, sondern eine monopolisti-

sche Einheitskasse, deren Herbeiführung auf dem Verordnungswege nun wesentlich erleichtert ist.

Dabei führt der Zusammenschluß von Ortskrankenkassen zu einer interregionalen Konzentration zu immer größeren Einheiten, an deren Ende landesweit operierende Ortskrankenkassen oder gar eine Bundes-Ortskrankenkasse stehen könnten. Vereinigungen von Betriebs- und Innungskrankenkassen wären dagegen zunächst nur von regionaler Bedeutung, würden aber tendenziell vor Ort zu oligopolistischen Marktstrukturen führen.

Sollten sich die großen Ersatzkassen zusammenschließen, was nach dem Gesundheits-Strukturgesetz durchaus möglich wäre, entstünde auf Bundesebene wie regional erhebliche Marktmacht. Hierdurch würde der Druck auf die übrigen Kassenarten zunehmen, sich interregional, wenn nicht bundesweit zusammenzuschließen. Am Ende des Konzentrationsprozesses stünde ein enges Oligopol bundesweit verteilter Kassen, das nicht unbedingt wettbewerbswidrig sein muß, doch stets die Gefahr wettbewerbsbeschränkenden Marktverhaltens in sich birgt. Auf jeden Fall dürfte es gesundheitspolitisch eher in den Griff zu bekommen sein als die bisherige gegliederte Kassenlandschaft. Die staatlich verfügte „Einheitskasse“ geriete dann tatsächlich in greifbare Nähe.

Besonders problematisch erscheint bei alledem, daß der Staat diese Tendenzen auf dem Verordnungswege durch „Zwangszusammenschlüsse“ verstärken und sich damit eine administrativ immer besser handhabbare Kassenstruktur schaffen kann. Es fragt sich dann aber auch, warum das Gesundheits-Strukturgesetz keine kassenartenübergreifenden Zusammenschlüsse vorsieht.

Wettbewerblich geordnetes Gesundheitswesen?

Wer sich am Reformziel eines wettbewerblich geordneten Gesundheitswesens orientiert, kann die im Rahmen des Gesundheits-Strukturgesetzes realisierte Organisationsreform der GKV nur ambivalent beurteilen:

Zielkonform und sozialpolitisch fortschrittlich, wenn nicht gar revolutionär, ist die vorgesehene regionale Kassenwahlfreiheit. Sie wird den Kassenwettbewerb intensivieren und längerfristig zu einem System von unbeschränkt wählbaren „Universalkassen“ führen.

Nur teilweise zielkonform ist der vorgesehene Risikostrukturausgleich. Soweit er permanent und kassenartenübergreifend angelegt ist und die Risikokomponenten Grundlöhne, Familienlast und Morbidität umfaßt, verdient er das Prädikat „wettbewerbssichernd“; soweit er bundesweit praktiziert wird, sind erhebliche Wettbewerbsver-

zerrungen, Umverteilungsströme und Konzentrations-tendenzen nicht auszuschließen.

□ Völlig unzulänglich und teilweise wettbewerbswidrig sind der Verzicht auf Ausweitung der Wettbewerbsparameter in der Beitragsgestaltung, im Leistungsangebot und in der Leistungserbringung sowie die Beschränkung bestehender Wettbewerbsparameter durch dirigistische Regulierungen im Vertragsrecht. Ein intensivierter Wettbewerb ohne sinnvolle Wettbewerbsparameter kann jedoch keine vernünftigen Ergebnisse hervorbringen.

□ Die Erschwerung des Markteintritts und -austritts ist wettbewerbswidrig und trägt auf Dauer zum Konzentrationsprozeß bei. Daß Ersatzkassen sich relativ leicht vereinigen können, stellt eine besondere Gefahr für den Kassenwettbewerb dar, nicht zuletzt deshalb, weil hierdurch andere Kassenarten ebenfalls zur Konzentration gezwungen werden.

Fazit: Die Organisationsreform der GKV hat für sich betrachtet weit mehr gebracht als man nach den bisherigen Erfahrungen mit „Kostendämpfungs-Gesetzen“ erwarten konnte. Nimmt man den Gesetzgeber mit seiner Absicht, einen „im Interesse aller Versicherten funktionierenden, das Solidaritätsprinzip wahrenen Wettbewerb in der GKV“¹¹ zu realisieren, beim Wort, schafft das Gesundheits-Strukturgesetz tatsächlich die Voraussetzungen für einen Einstieg in ein wettbewerbliches Gesundheitswesen nach 1996. Bedauerlicherweise werden jedoch notwendige Bedingungen eines funktionsfähigen Kassenwettbewerbs nicht erfüllt. Dazu gehören insbesondere die nahezu völlig fehlenden Wettbewerbsparameter und der bundesweite, vorrangig am interregionalen Verteilungsziel orientierte Risikostrukturausgleich. Fände der Gesetzgeber diesbezüglich bis zur Freigabe der Kassenwahl 1996 noch die Kraft für weitere dementsprechende Reformschritte, wäre ordnungspolitisch der „point of no return“ überschritten und die Wettbewerbsoption fest und zugleich funktionsfähig etabliert.

Auf dem Weg zur Einheitskasse?

Unterstellt man dem Gesetzgeber vor dem Hintergrund der dirigistischen und durchweg wettbewerbswidrigen „Sofortmaßnahmen“ des Gesundheits-Strukturgesetzes dagegen die Absicht, letztlich auf ein staatliches Gesundheitswesen mit einer gesetzlich verordneten „Einheitskasse“ zuzusteuern, hätte die vorgesehene Organisationsreform der GKV ebenfalls Methode: Sie wäre der perfide Einstieg in den Ausstieg aus der Wettbewerbsoption. Ein solches Szenario ließe die strukturverändern-

den Einzelmaßnahmen in einem gänzlich anderen Licht erscheinen:

□ Ein zunehmend perfektionierter bundesweiter Risikostrukturausgleich gleicht die Beitragssätze aller Kassen einander an, so daß bundesweit praktisch ein einheitlicher Beitragssatz zustande kommt.

□ Kassenspezifische Differenzierungen der Versicherungstarife bleiben weiterhin ausgeschlossen, desgleichen unterschiedliche Verträge mit den Leistungserbringern. Alle Kassen gehen auf der Beitrags- wie auf der Leistungsseite „gemeinsam und einheitlich“ vor.

□ Die Budgetierung der Verwaltungskosten nimmt den Kassen die letzte Möglichkeit für vorstoßenden und nachfolgenden Wettbewerb: Marketing, Service und Randsortiment sind nur noch bedingt als Wettbewerbsparameter einsetzbar.

□ Krönender Abschluß ist dann die Freigabe der Kassenwahl. Sie läßt jedoch dem Versicherten pikanterweise nur noch die Wahl zwischen praktisch identischen Tarif- und Leistungsangeboten. Allokative Konsequenzen haben seine Wahlentscheidungen ohnehin nicht mehr.

□ In einem solchen System besteht arbeitgeberseitig keinerlei Anreiz mehr, Betriebs- und Innungskassen aufrechtzuerhalten. Diese Kassenarten werden sich zugunsten der Orts- und Ersatzkrankenkassen auflösen.

□ Gleichzeitig setzt ein Konzentrationsprozeß ein: bei den Ortskrankenkassen überregional in Richtung auf eine „Bundes-Ortskrankenkasse“ und bei den Ersatzkrankenkassen horizontal in Richtung auf eine „Bundes-Ersatzkrankenkasse“. Der Staat fördert dies nach Kräften auf dem Verordnungswege.

□ Übrig bleiben schließlich einige wenige bundesweit vertretene Kassen mit identischem Tarif- und Leistungsangebot sowie einer identischen Organisationsstruktur. Das Organisationsmodell „Ortskrankenkasse“ hat sich bundesweit durchgesetzt und bildet die Konstruktionsvorlage für die de facto längst realisierte „Einheitskasse“.

Dieses Szenario mag manchem als ziemlich abwegig erscheinen, ganz unwahrscheinlich ist es aber nicht. Man muß sich nur vor Augen halten, daß das GSG für beide Optionen offen ist und daß es von den weiteren gesetzgeberischen Weichenstellungen abhängt, ob der Zug endgültig in Richtung „Wettbewerb“ oder „Einheitskasse“ abfährt. Die Diskussion um die Konturen der „GKV 2000“, die der Bundesminister für Gesundheit Anfang dieses Jahres mit der Vergabe eines entsprechenden Gutachterauftrags an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eröffnet hat, wird möglicherweise hierüber bald Aufschluß geben.

¹¹ Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes, a.a.O., S. 74.