

Wünsche für den



Wettbewerb

Ein runder Geburtstag: Vor 20 Jahren erblickte die freie Kassenwahl das Licht der Welt. Ein Grund zum Jubeln? Jein, meint der Ökonom [Klaus Jacobs](#). Denn nach wie vor steckt der Wettbewerb in den Kinderschuhen und muss noch wachsen.

A

nfang 2016 war es genau 20 Jahre her, seit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die freie Krankenkassenwahl eingeführt worden ist. Wahrscheinlich können sich viele Jüngere heute gar nicht mehr vorstellen, dass die Unterscheidung zwischen

Arbeitern und Angestellten in der GKV noch zu Beginn der 1990er Jahre von großer Bedeutung war. Denn damals konnten sich nur die Angestellten ihre Krankenkasse selbst aussuchen, während Arbeiter per Gesetz einer bestimmten Kasse zugewiesen wurden – je nach Betrieb oder Beruf in der Regel einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder der örtlichen AOK. Aber auch bei den Angestellten gab es berufsbedingte Unterschiede. So konnte zum Beispiel eine Verkäuferin Mitglied der Barmer Ersatzkasse oder der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) werden, aber nicht Mitglied der Techniker Krankenkasse (TK). Die stand ausschließlich Angehörigen technischer Angestelltenberufe offen.

Geradezu kurios – zumindest aus heutiger Sicht – war die Situation bei der deutschen Vereinigung 1990, als das westdeutsche Kassensystem eins zu eins in die neuen Länder exportiert wurde. In der DDR, laut Verfassung „Staat der Arbeiter und Bauern“, gab es zum Beispiel Facharbeiter für Krankenpflege oder für Schreibtechnik – im Westen klassische Angestelltenberufe, die mit dem Privileg der individuellen Kassenwahl ausgestattet waren. Also mussten schnell „Umsteiger-Listen“ erstellt werden, damit zum Beispiel ein ostdeutscher Facharbeiter für Datenverarbeitung als Fachinformatiker Mitglied der TK werden konnte.

Mit den unterschiedlichen Wahlrechten zwischen verschiedenen Krankenkassen war es jedoch ab 1996 vorbei, und fast alle GKV-Mitglieder konnten ihre Krankenkasse fortan frei wählen. Nachdem diese letzte Bastion der Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten gefallen war, wurde 2001 mit dem Betriebsverfassungsgesetz in Deutschland generell der einheitliche Arbeitnehmerbegriff eingeführt. Im selben Jahr ging auch die bis dahin eigenständige Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) in der neugegründeten Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) auf.

Lahnstein macht's möglich. Was die Einführung der freien Krankenkassenwahl für die GKV bedeutet hat, soll hier näher betrachtet werden. Doch gilt es zunächst, einen kurzen Rückblick auf das Zustandekommen dieser historischen Reform zu werfen. „Lahnstein“ heißt dabei das fast schon magische Wort, das für eine der weitreichendsten Reformen in der deutschen Sozialgeschichte steht. In diesem rheinland-pfälzischen Ort am Rhein hatte im Herbst 1992 die fünftägige Arbeitsklausur mit Vertretern der damals im Bund regierenden schwarz-gelben Koalition und der mit einer Mehrheit im Bundesrat ausgestatteten SPD unter Führung von Gesundheitsminister Horst Seehofer und dem SPD-Sozialexperten Rudolf Dreßler stattgefunden, die im Ergebnis das Gesundheitsstrukturgesetz gebar. Darin wurde Ende 1992 die Organisationsreform der GKV beschlossen, in deren Zentrum die Einführung der freien Kassenwahl ab 1996 stand – flankiert von dem bereits ab 1994 in zwei Schritten eingeführten Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen allen Krankenkassen.

Beitragsätze variieren erheblich. Eine Organisationsreform in der GKV galt damals seit langem als überfällig. Das war jedoch weniger den unterschiedlichen Kassenwahlrechten von Arbeitern und Angestellten geschuldet, die spätestens seit dem 1970 in Kraft getretenen Lohnfortzahlungsgesetz überholt waren, sondern vor allem den immer größer gewordenen Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen. Diese Unterschiede hatten als Folge der ungleichen Wahlrechte und Zuweisungsregelungen ein nicht zuletzt auch verfassungsrechtlich bedenkliches Ausmaß angenommen. So gab es 1989 bei einem durchschnittlichen GKV-Beitragsatz von 12,9 Prozent unter den insgesamt 1.132 Krankenkassen der alten Bundesrepublik 80 Kassen, fast ausschließlich Betriebskrankenkassen (BKKs), mit Beitragssätzen unterhalb von zehn Prozent, während gleichzeitig 118 Kassen, vor allem AOKs, aber auch einige BKKs und Innungskrankenkassen, Beitragssätze von mehr als 14 Prozent erheben mussten, in zwei Fällen sogar 16 Prozent. Besonders das AOK-System stand vor großen Problemen, denn es stellte 100 der 118 Kassen mit Beitragssätzen über 14 Prozent.

Kassenverbände wenig begeistert. Allerdings war die aus heutiger Sicht selbstverständliche freie Kassenwahl der GKV-Mitglieder Anfang der 1990er Jahre alles andere als unstrittig. Im Gegenteil: Sämtliche Kassenverbände wehrten sich mit Händen und Füßen dagegen. Die AOK plädierte zusammen mit den Arbeitgeberverbänden für ein sogenanntes Solidarmodell, das letztlich nichts anderes war als ein verschärftes Zuweisungsmodell für alle pflichtversicherten GKV-Mitglieder. Denn es sah freie Kassenwahlrechte lediglich für freiwillig Versicherte mit einem beitragspflichtigen Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze vor. Die Ersatzkassen machten sich zusammen mit der DAG für ein sogenanntes Berufsgruppenmodell stark, das trotz einer gewissen Erweiterung der indivi-

duellen Kassenwahlrechte grundsätzlich an der Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten festhielt. Auch die damaligen Regierungsparteien Union und FDP wollten Sonderrechte einzelner Kassenarten und entsprechend unterschiedliche Wahlrechte nach Erwerbskriterien beibehalten. Lediglich die SPD und der Deutsche Gewerkschaftsbund befürworteten die freie Kassenwahl möglichst aller GKV-Mitglieder.

Wettbewerb als Begleiterscheinung. Der Hinweis auf die damalige Kontroverse ist mehr als eine bloße historische Reminiszenz, denn er macht zweierlei deutlich: Zum einen genießen in der Gesundheitspolitik institutionelle Interessen sehr häufig Priorität gegenüber den Interessen von Versicherten und Patienten. Natürlich wird stets betont, dass es vor allem zum Nutzen der Versicherten und Patienten sei, wenn es den „bewährten“ Institutionen gut geht. Doch um sich über deren durchaus legitime Eigeninteressen hinwegzusetzen, braucht es neben einer Portion Mut offenbar auch einer günstigen politischen Konstellation, die es seit Lahnstein in dieser Form nicht wieder gegeben hat.

Zum anderen verweist der Rückblick auf die Einführung der freien Kassenwahl darauf, dass es in erster Linie keineswegs um die bewusste Etablierung von Wettbewerb unter den Krankenkassen ging. Zwar gab es vor dem Hintergrund unübersehbarer Qualitäts- und Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung vor allem von Seiten der Wissenschaft zunehmend Forderungen nach verstärkt wettbewerblichen Steuerungsstrukturen. Doch ging es dem Gesetzgeber vorrangig um die Angleichung der Beitragssätze der Kassen und der Wahlrechte von Arbeitern und Angestellten. Dass es dadurch automatisch auch zu mehr Kassenwettbewerb kommen würde, wurde vielfach eher als unvermeidliche Begleiterscheinung in Kauf genommen.

Weg mit der Sozialbehörde. Auch wenn die Krankenkassen und ihre Verbände zunächst keineswegs zu den Befürwortern der freien Kassenwahl gehört hatten, hielten sie sich nicht lange damit auf, über die Entscheidung des Gesetzgebers groß zu lamentieren. Vielmehr wurde der Blick alsbald nach vorn gerichtet. Dies bedeutete auf der Einzelkassenebene, alles daran zu setzen, sich für den bevorstehenden Wettbewerb zu rüsten und sich tunlichst über Nacht von einer Sozialbehörde zum modernen Dienstleister zu wandeln.

AOKs schließen sich zusammen. Dabei waren die organisatorischen, aber auch die mentalen Ausgangsbedingungen allerdings unterschiedlich. Während die Ersatzkassen vom Grundsatz her schon immer Wahlkassen waren, bedeutete die Aufhebung jeder regelhaften Zuweisung bestimmter Mitgliedergruppen zu einzelnen Kassen speziell für das AOK-System eine grundlegende Zäsur in ihren Geschäftsgrundlagen. Entsprechend gab es damals nicht wenige Stimmen im AOK-System, die den Untergang der eigenen Kassenart befürchteten. Um dieses Schreckensszenario zu verhindern, wurde unverzüglich gehandelt. Das machen vor allem folgende Zahlen deutlich: Während es beim Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes Anfang 1993 noch sage und schreibe 289 eigenständige AOKs gab – davon lediglich zwölf in den neuen Ländern –, waren es bei Einführung der freien

1994: Verbände setzen auf Wettbewerb

Sie sind mehr als 20 Jahre alt, aber immer noch aktuell – die Positionen der Kassenverbände zum Wettbewerb:

„Kernbereich des Wettbewerbs ist die Vertragspolitik. (...) Im Rahmen einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung dient die Vertragspolitik in erster Linie dazu, optimale Vertragslösungen anzustreben, daß heißt einerseits Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, andererseits die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern. Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede Kassenart eigenständige Wege vereinbaren und damit letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt vorantreiben können. Dabei ist ein einheitlicher Rahmen notwendig, der sicherstellt, daß die tragenden Strukturprinzipien einer auf dem Solidarprinzip basierenden sozialen Krankenversicherung gewährleistet werden. Hierzu gehört ein einheitlicher Leistungskatalog (...). Des weiteren sollten bestimmte Qualitätsstandards im Sinne von Mindeststandards gemeinsam und einheitlich festgelegt werden.“

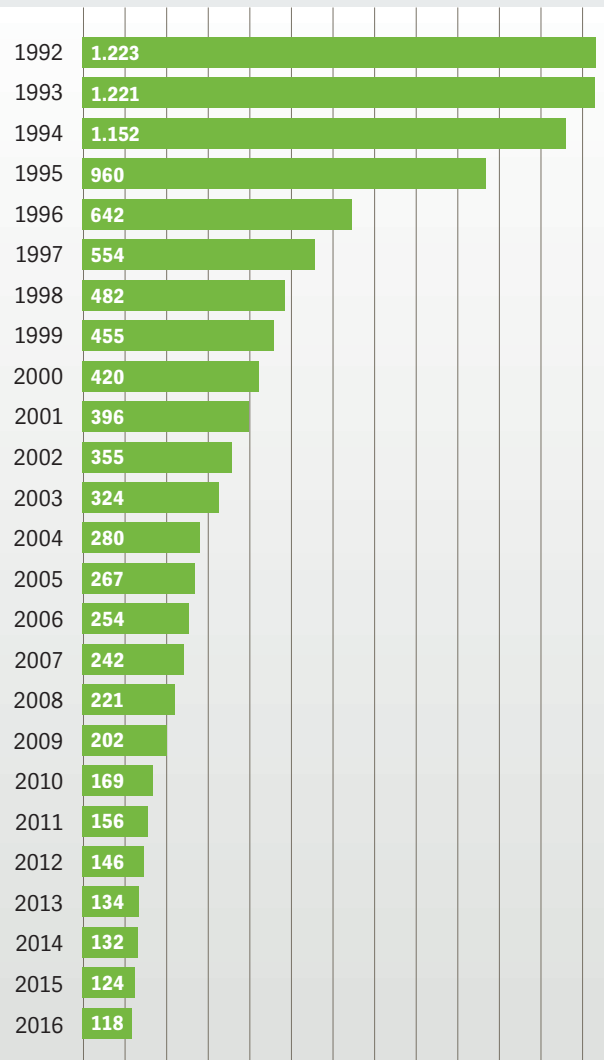
Auszug aus „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, September 1994, Seite 16

Kassenwahl drei Jahre später noch ganze 20 Kassen, zumeist als Folge von Fusionen auf Landesebene in den alten Bundesländern. Das war ein gehöriger Kraftakt mit beträchtlicher Signalwirkung nach innen und außen. Heute besteht das AOK-System nur noch aus elf Gesundheitskassen, die zum Teil länderübergreifend organisiert sind – die AOK Nordost mit Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sogar über drei Länder hinweg. Dies bewegte den früheren brandenburgischen Ministerpräsidenten Manfred Stolpe jüngst zu der Aussage, dass er diese Entwicklung angesichts der Länderstrukturen nur mit einem gewissen Neid betrachten könne.

Anders verlief die Entwicklung bei den BKKs als einer anderen früheren „Primärkassenart“. Als das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 in Kraft trat, gab es insgesamt 744 BKKs. Drei Jahre später, zum Zeitpunkt der Einführung der freien Kassenwahl, waren es noch immer 532 Kassen. Ihre Zahl hat sich bis heute in einem graduellen Prozess ständig weiter verringert und liegt aktuell bei 93 – Tendenz weiter fallend. Allerdings ist hier auf eine Besonderheit hinzuweisen, denn die BKKs behielten das Sonderrecht, allein für Beschäftigte des Trägerunternehmens und deren Angehörige geöffnet zu bleiben. Rund ein Drittel der heute noch bestehenden BKKs hat sich für diesen Weg entschieden, darunter als größte unternehmensbezogene Kasse die Daimler BKK mit rund 200.000 Mitgliedern und als kleinste die BKK Grillo Werke in Goslar mit etwa 1.000 Mitgliedern. Die meisten BKKs haben sich jedoch für alle GKV-Mitglieder geöffnet und ihren ursprünglichen Unternehmensbezug teilweise verloren. Dies belegen auch Fantasienamen wie BKK Heimat, Salus BKK oder BKK family. Die aktuell noch größte BKK, die Deutsche BKK mit rund 1,1 Millionen Versicherten, wird zum Jahresbeginn 2017 per Fusion in der Barmer aufgehen.

Mit Einzelverträgen zu mehr Qualität. Wie die Zukunft der BKKs, aber auch der Kassenlandschaft insgesamt aussehen wird, bleibt abzuwarten. Das dürfte nicht zuletzt davon abhängen, welche Rolle die im Wettbewerb miteinander stehenden Kassen in Zukunft spielen können beziehungsweise sollen. Nach der Entscheidung der Politik für die freie Kassenwahl wurde auf der Ebene der Kassenverbände der Versuch unternommen, die zunächst ungeliebte wettbewerbliche Orientierung der GKV konstruktiv für einen neuen programmatischen Aufbruch zu nutzen. Mit der im September 1994 publizierten Schrift der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Titel „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“ verständigten sich die Kassenverbände erstmals auf ein geschlossenes ordnungspolitisches Konzept (siehe *Kasten „1994: Verbände setzen auf Wettbewerb“ auf Seite 24*). Mit dieser Schrift – wegen der Farbe ihres Umschlags oft als „Ochsenblutbroschüre“ bezeichnet – unternahmen sie den Versuch, der meist kurzatmigen Gesundheitspolitik ein konzeptionelles Gerüst für eine längerfristig angelegte Gesetzgebung mit ordnungspolitischer Fundierung zu geben und insbesondere den Kassenwettbewerb als Steuerungsinstrument für mehr Qualität und Effizienz der Versorgung zu nutzen – als bewusstes Gegenstück zur dominierenden Plan- und Kollektivwirtschaft nach Schema F.

Konzentration in der Kassenlandschaft



Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen sinkt seit Jahren kontinuierlich. Während es in den 1990er Jahren mehr als 1.000 Kassen gab, sind es aktuell noch 118. Einen besonders starken Konzentrationsprozess seit Einführung der freien Kassenwahl hat das AOK-System durchlaufen: Durch Fusionen in den Ländern ging ihre Zahl von 289 auf inzwischen elf zurück, und zwar größtenteils bereits vor 1996. Einige sind heute länderübergreifend organisiert, wie etwa die AOK PLUS in Sachsen und Thüringen oder die AOK Nordost, die mit Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern drei Länder umspannt.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Ordnungspolitisches Konzept fehlt. Von einem auch nur halbwegs geschlossenen ordnungspolitischen Konzept für die GKV, einschließlich einer klaren Funktionsbeschreibung für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, war die Politik jedoch bei der Einführung der freien Kassenwahl weit entfernt – und ist es im Grunde bis heute auch geblieben. Deshalb liest sich die Passage zur wettbewerblichen Vertragspolitik aus der „Ochsenblutbroschüre“ der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände

der Krankenkassen von 1994 auch nicht wie ein Text aus dem modernen Antiquariat, sondern noch immer eher wie eine Zukunftsvision. Zwar hat noch in kaum einem Koalitionsvertrag einer Bundesregierung die Aussage gefehlt, dass die Kassen Freiräume erhalten sollen, „um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“ (Große Koalition 2013, fast wortgleich aber auch schon Schwarz-Gelb 2009). Doch hat man zumindest in der letzten Dekade während der nachfolgenden Legislaturperioden vergeblich auf die Umsetzung dieser Ankündigung gewartet.

Sektoraler Eigensinn dauert an. Im Grunde war das 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz das letzte umfassende Strukturgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem erkennbaren Versuch, den Kassenwettbewerb versorgungsbezogen auszurichten. Dazu erhielten die Kassen vor allem mit der Hausarztzentrierten Versorgung, der (reformierten) Integrierten Versorgung und der ambulanten Versorgung im Krankenhaus Optionen für Selektivverträge mit Ärzten und Kliniken, um die Versorgung ihrer Versicherten gezielt verbessern zu können. Doch bereits das 2007 von der damaligen großen Koalition verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz läutete die plan- und kollektivwirtschaftliche Restauration ein, indem die Kassen die gerade erst erhaltene Vertragszuständigkeit für die ambulante Versorgung im Krankenhaus wieder verloren. Seit 2012 liefert dieser mittlerweile als ambulante spezialfachärztliche Versorgung bezeichnete vollkommen steuerungslose Versorgungsbereich ein Paradebeispiel dafür, wie es der gemeinsamen Selbstverwaltung gelingt, sektoralen Eigensinn erfolgreich vor gezielte Verbesserungen der Versorgung von Patienten zu stellen, die zum Beispiel in Großstädten sinnvollerweise anders aussieht als im ländlichen Raum.

Innovationsfonds als Offenbarungseid. Mit dem 2016 eingeführten Innovationsfonds hat der Gesetzgeber schließlich im Hinblick auf die Reformoption eines versorgungsorientierten Kassenwettbewerbs vorläufig den Offenbarungseid geleistet. Statt konsequent auf Innovationswettbewerb zu setzen und dafür funktionsgerechte Voraussetzungen zu schaffen, wird ein bürokratisches Monstrum installiert. Die für die zahlreichen Qualitäts- und Effizienzdefizite an den Schnittstellen zwischen sowie innerhalb von Versorgungssektoren maßgeblich mitverantwortlichen Kollektiv-Akteure werden nicht nur mit der Defini-

tionshoheit über zukunftssträchtige Versorgungsinnovationen ausgestattet, sondern auch mit einem ansehnlichen Budget aus Beitragsmitteln zu deren Förderung.

In der Konsequenz dümpelt der Kassenwettbewerb weiter vor sich hin und konzentriert sich – neben zweifellos wichtigen Service- und Beratungsangeboten – eher auf Randsegmente wie teilweise fragwürdige Satzungsleistungen der Krankenkassen. Solange es keine hinreichende Evidenz dafür gibt, bestimmte Leistungen GKV-weit solidarisch zu finanzieren, wird der Glaubwürdigkeit der GKV kein guter Dienst erwiesen, wenn die Verwaltungsräte einzelner Kassen darüber anders entscheiden. Diese Einschätzung richtet sich keineswegs pauschal gegen alle Satzungsleistungen der Kassen. Doch erscheint die Grenze zu manchen Selbstzahlerleistungen mit zweifelhaftem Nutzen, die Patienten als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) von Ärzten angeboten bekommen, oftmals alles andere als scharf.

Preis- statt Qualitätswettbewerb. Auf jeden Fall braucht sich niemand zu wundern, wenn beim Kassenwettbewerb angesichts der nur gering ausgeprägten Versorgungsorientierung der Preis – sprich: Zusatzbeitrag – zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung eine hervorgehobene Rolle spielt. Dass die Zusatzbeiträge allein von den Mitgliedern gezahlt werden, liegt im Übrigen im Interesse der freien Kassenwahl. Die Arbeitgeber sollen kein eigenes Interesse an der Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten haben und womöglich entsprechenden Druck ausüben. Wer die Parität bei der Beitragsfinanzierung wiederherstellen will, sollte dazu beim allgemeinen einheitlichen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds ansetzen, aber nicht bei den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Deren Relativierung durch die große Koalition über die einkommensabhängige Ausgestaltung und den Einzug im Quellenabzugsverfahren kann der Substanz des Kassenwettbewerbs guttun. Aber damit kommt es noch lange nicht von selbst zu mehr Qualitätswettbewerb. Dazu braucht es schon größere Schritte als zum Beispiel die im 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen selektiven Qualitätsverträge für lediglich vier einheitlich vorgegebene Indikationen, die es frühestens ab 2019 geben soll.

Erfolgsgeschichte mit drei Buchstaben. Wenn es eine Erfolgsgeschichte in der gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl gibt, hat sie der RSA geschrieben. Dieser GKV-weite Ausgleichsmechanismus setzt Handlungsanreize für versorgungsorientiertes Wettbewerbshandeln der Krankenkassen. Er tut dies, indem er risikoäquivalente Beiträge simuliert, die es in der GKV wegen der solidarischen Finanzierung aus guten Gründen nicht gibt. Damit erhalten die Kassen Anreize, sich aktiv um die Versorgung von Kranken zu kümmern, anstatt sie als „ungünstige Risiken“ abzuwimmeln. Das ist die zentrale Aufgabe des RSA, die er im Verlauf seiner inzwischen schon über 20-jährigen Geschichte immer besser geleistet hat. Dass er daneben als Prügelknabe für praktisch alle tatsächlichen oder vermeintlichen Unwuchten in der GKV herhalten muss, tut dem keinen Abbruch – solange sich die Politik in dieser Frage nicht kirre machen lässt.

Lese- und Webtipps

- Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth, Jürgen Zerth (Hrsg.): **Solidarische Wettbewerbsordnung.** Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der GKV. Medhochzwei Verlag, Heidelberg 2014.
- KomPart-Verlag (Hrsg.): **Die Reformfibel.** Handbuch der Gesundheitsreformen. Berlin 2012.
- Klaus Zok: **Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV.** WldOmonitor 1/2016 (Beilage zu G+G 1/2016). Kostenloser Download unter www.wido.de > Publikationen > WldOmonitor

Selbstverständlich ist der RSA nie vollkommen, sondern muss ständig überprüft und bei Bedarf gezielt angepasst werden. Genau deshalb ist er bewusst als ein „lernendes System“ konzipiert. Beurteilungskriterium für seine Weiterentwicklung muss immer das Gesamtinteresse der GKV sein. Das wird nicht durch kurzfristige Partikularinteressen von Institutionen (oder gar von Bundesländern) bestimmt, sondern durch das Interesse der Versicherten, und zwar als Beitragszahler wie als Patienten.

Alle Krankheiten berücksichtigen. Aus dieser Sicht sollte schnell Einigkeit darüber erzielt werden können, dass die mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA erfolgte Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 fallen muss. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 war dies mit der Absicht einer „gleitenden Einführung“ der Morbiditätsorientierung begründet worden; diese Gleitphase sollte nun bald vorüber sein. Einigungsfähig könnte auch ein flankierender Hochrisikopool für besonders aufwendige Leistungsfälle sein, der bei sachgerechter Ausgestaltung mit einem spürbaren Eigenanteil der Kassen keineswegs ausgaben-treibende Anreize zu setzen bräuchte.

Bei dem kontrovers diskutierten Regionalisierungsthema ist dagegen Vorsicht geboten. Es ist kein Naturgesetz, dass die Versorgung in Ballungszentren zwangsläufig teurer sein muss als in der Fläche. Bestimmte Effizienzpotenziale gibt es überhaupt nur in einwohnerstarken Regionen, wo sich Ärzte und Kliniken angesichts hoher Patientenzahlen spezialisieren können. Das kann sich sowohl auf die Qualität als auch auf die Effizienz der Versorgung positiv auswirken. Diese Potenziale müssten „nur“ gehoben werden, woran bei einem pauschalen Ausgleich von regionalen Mehrausgaben aber kaum noch Interesse bestehen dürfte. Und ob es gerecht wäre, wenn die Beitragszahler aus Regionen mit eher schlanken, aber ausreichenden Angeboten unnötig teure Versorgungsstrukturen andernorts mitbezahlen müssten, erscheint auch zumindest zweifelhaft. Das Bundesverfassungsgericht war bei seiner RSA-Entscheidung 2005 jedenfalls nicht dieser Ansicht.

Es fehlt ein Lahnstein II. Insgesamt zeigt diese kurze Rückschau auf 20 Jahre freie Krankenkassenwahl ein ambivalentes Bild. Die mit den Wechselmöglichkeiten der GKV-Mitglieder ausgelöste Wettbewerbsorientierung ist bis heute unvollkommen geblieben. Es fehlt ein „Lahnstein II“, bei dem sich die Politik noch einmal mit Mut und Entschlossenheit gegen die verfassten Interessen der institutionellen Akteure stellen müsste. Dass diese in der Regel keine Wettbewerbsbefürworter sind, darf niemanden wundern. Denn Wettbewerb ist anstrengend und mit vielen Unwägbarkeiten verbunden. Und die kollektive Hängematte ist allemal bequemer. Doch wenn der Wettbewerb den Versicherten und Patienten nutzen soll, darf darauf keine große Rücksicht genommen werden.

Für die Politik wäre es wichtig, ihr ordnungspolitisches Verständnis zu schärfen, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die eigene Rolle. Es kann nicht die Aufgabe des Bundestages sein, sich zum Beispiel – wie 2015 im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschehen – um Fragen des Krankenhaus-Entlassma-

Wer Wettbewerb zum Wohle der Patienten will, darf auf die Eigeninteressen von Lobbygruppen nur wenig Rücksicht nehmen.



nagements oder der Organisation zeitnaher Facharzttermine zu kümmern. Wenn so etwas notwendig erscheint, kann es mit den Verantwortlichkeiten bei der konkreten Versorgungsgestaltung nicht weit her sein.

Niederländer sind weiter. Vielleicht könnte eine Anleihe bei unseren niederländischen Nachbarn hilfreich sein. Deren große Gesundheitsreform von 2006 stand unter der Überschrift „Sich ändernde Rollen in einer neuen Zeit“. Im Einzelnen hieß es dazu in einer Broschüre des Gesundheitsministeriums stichwortartig:

- Staat: regelt nicht mehr alles;
- Versicherte: mehr und bessere Wahlmöglichkeiten;
- Versicherer: Konkurrenten mit gutem Leistungsangebot („Die Krankenversicherungen sind nicht mehr gehalten, mit jedem Anbieter einen Vertrag abzuschließen, sondern können sich mit den Besten verbinden.“);
- Leistungserbringer: Leistungsniveau verbessern („Die Leistungsanbieter werden leistungsorientierter vorgehen müssen, sie erhalten aber auch mehr Möglichkeiten an die Hand, sich von anderen zu unterscheiden und Maßarbeit zu liefern.“)

Wettbewerb konsequent ausbauen. Wie schön wäre es doch, wenn es nicht weitere 20, sondern vielleicht nur zehn Jahre dauern würde, dass die mit der freien Krankenkassenwahl 1996 eingeführte Wettbewerbsorientierung der GKV eine konsequente Fortsetzung fände. Doch angesichts der insgesamt bereits über 130-jährigen Geschichte der GKV kommt es wohl auf zehn Jahre mehr oder weniger auch nicht an. Hauptsache, die Richtung stimmt! ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de**