

# Experteninterview: Fusionierung von Krankenkassen

*Mag. Katharina Riedler  
im Gespräch mit  
Prof. Dr. Volker Ulrich  
Ökonom an der Universität Bayreuth*

*Prof. Dr. Volker Ulrich ist seit 2002 Lehrstuhlinhaber am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Gesundheitsökonomie. Im Interview stellt Prof. Ulrich kurz dar, welche Entwicklungen mit Kassenfusionen es in Deutschland in den letzten Jahren gab, wie die Situation heute ist und warum er von der Einheitskasse in Österreich abrät.*

In Deutschland gab es in den letzten Jahren eine deutliche Reduktion der Zahl der Krankenkassen. „Die Zahl der Krankenkassen ist in Deutschland von 1.223 im Jahr 1992 auf 146 im letzten Jahr gesunken. Einige Krankenkassen haben geschlossen, die meisten sind in einer Fusion aufgegangen“, so Prof. Ulrich. Den Grund dafür sieht er hauptsächlich in der Einführung des Kassenwahlrechts durch das Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993, durch das Versicherte seit 1996 die Möglichkeit zum Wechsel der Krankenkasse haben. „Zuvor wurde man quasi in eine Krankenkasse geboren“. Die drei Jahre zwischen der Einführung des Kassenwahlrechts und der tatsächlichen Möglichkeit zum Wechseln wurden benötigt, um einen Risikostrukturausgleich zu installieren, der den Versicherungen die Risikoselektion zumindest erschweren soll. Einen weiteren Auslöser für die Verringerung der Kassenzahl sieht Prof. Ulrich aber auch in den geänderten Finanzierungsbedingungen seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009.

Geändert hat sich in Deutschland im Krankenversicherungsmarkt in dieser Zeit einiges: „Die Krankenkassen in Deutschland sind auf dem Weg vom Payer hin zum Player, der ein Versorgungsmanagement betreibt“, meint Prof. Ulrich und weist auf die neuen Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Rabattverträgen, Selektivverträgen, zur integrierten Versorgung, zu Disease-Management-Programmen, Wahlтарifen, hausarztzentrierter Versorgung und Facharztverträgen hin. Der Anteil der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Gesundheitskosten ist in dieser Zeit jedoch sogar leicht angestiegen. Prof. Ulrich zeigt, dass diese zwischen 1992 und 2009 um 0,3 Prozent (von 5,2 Prozent auf 5,5 Prozent) angestiegen sind. Vergleichsweise liegen diese also etwa 2 Prozentpunkte höher als die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenversicherungen. „Die deutschen Krankenkassen nehmen, gegenüber früher, vielfältige Aufgaben auf dem Versicherungsmarkt und dem Leistungsmarkt wahr“, ergänzt Prof. Ulrich. Dennoch würden die deutschen Krankenkassen mit vergleichsweise schlanken Strukturen arbeiten, da bei den privaten Krankenversicherern der Anteil der Verwaltungskosten bei 14,3 Prozent liege. Ulrich führt dies jedoch auch darauf zurück, dass die private Krankenversicherung über kein ihr gesetzlich zugewiesenes Klientel verfüge und daher einen großen Aufwand zur Akquise von Neukunden betreiben müsse.

Auf die Frage, welche Vorteile die letzten Entwicklungen der deutschen Kassenlandschaft für die Situation der Versicherten gebracht haben, meint Prof. Ulrich, dass im GKV-System nach wie vor ein geschlossenes Konzept für einen solidarischen Wettbewerb fehle. Ziel sei es, vornehmlich einen Qualitätswettbewerb – und keinen Preiswettbewerb – zu induzieren. „Da im Gesundheitswesen die 80/20-Regel gilt, d.h. 20 % der Versicherten 80 % der Leistungen in Anspruch nehmen, scheidet ein Preiswettbewerb aus, da es sich bei den 20 % überwiegend um ältere, multimorbide und chronisch kranke Patienten handelt, die einer Preissteuerung nicht zugänglich sind“, ist Prof. Ulrich überzeugt. Seiner Meinung

nach bedarf es für diese Gruppe insbesondere eines guten und modernen Versorgungsmanagements. Vor allem hierbei seien die Krankenkassen also gefordert.

Zum österreichischen Kassensystem bemerkt Prof. Ulrich: „In Österreich ist die Sozialversicherung relativ verhandlungsmächtig, d.h., sie hat in den Verhandlungen über Medikamentenpreise oder Honorare eine vergleichsweise starke Position.“ Das ist Prof. Ulrich zufolge in Hinblick auf die Ausgabendämpfung und bei der Einhaltung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auch als positiv zu bewerten. Er meint, dass diese starke Position der 19 Krankenversicherungsträger, vor allem der 9 Gebietskrankenkassen, daher kommt, dass die Versicherten den Krankenversicherungsträger nicht frei wählen können, sondern dieser vom jeweiligen Dienstgeber und dessen Standort abhängig ist. So gibt es in jedem Bundesland nur eine Gebietskrankenkasse, welche für alle unselbstständig in der Privatwirtschaft tätigen Menschen zuständig ist. Das Problem der Risikoselektion sieht Prof. Ulrich in den Gebietskrankenkassen daher als nicht gegeben an. Probleme sieht er eher in der fehlenden Konkurrenz in den Bundesländern: „Viele neuere Entwicklungen werden nicht oder nur mit Verzögerung angestoßen, da die Krankenkassen hier verstärkt nur reagieren, während sie bei Konkurrenz agieren möchten und damit mehr den Part eines Players übernehmen.“ Ein Leistungswettbewerb wäre also, nach Prof. Ulrichs Überzeugung, auch für Österreich förderlich.

In der österreichischen Debatte, wie viele Kassen ein Land braucht, taucht immer wieder das Argument auf, es müssten für alle Versicherten die exakt gleichen Leistungen angeboten werden und dass es dafür nur eine Kasse brauche. Das „One-Size-Fits-All“-Prinzip steht hier der flexiblen Anpassungsmöglichkeit an regionale Bedürfnisse gegenüber. In dieser Kontroverse steht für Prof. Ulrich fest: „Die Einheitskasse ist aus meiner Sicht der falsche Weg.“ Wenn ein Wettbewerb um Versorgungsangebote, um Qualitäten oder um Wahlmöglichkeiten greifen soll, müssen sich mehrere Kassen auf dem Versicherungsmarkt um Versicherte/Patienten und auf dem Leistungsmarkt um Verträge mit den Leistungserbringern bemühen können. Das ist in der Einheitskasse nicht mehr möglich, meint der Experte. Zwar sollen die Krankenkassen ein identisches Basispaket anbieten, es spricht aber nichts dagegen, wenn eine Kasse ein homöopathisches Modul anbietet, die andere Kasse möglicherweise Bewegungs- oder spezielle Präventionsangebote in ihrem Programm hat oder wenn sich die Kassen in bestimmten strukturierten Behandlungsprogrammen unterscheiden. Auch müssen nicht alle Kassen mit allen Leistungserbringern Verträge abschließen. Hier sollte, nach der Expertise des Gesundheitsökonoms, die Möglichkeit bestehen, sich den regionalen Bedürfnissen anzupassen.

Zu der Frage, auf welcher staatlichen Ebene Angebotsplanung und Tarifverhandlungen am effizientesten organisiert werden können, meint Prof. Ulrich: „Grundsätzlich vertrete ich die Subsidiaritätsthese, d.h., Aufgaben, Handlungen und Problemlösungen sollten so weit wie möglich von dezentralen Organisationsformen durchgeführt werden.“ Dennoch wirft er wieder die Frage auf, ob für die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt weiterhin das Sozialrecht oder eher das Wettbewerbsrecht gelten soll. Letzteres beinhaltet nämlich auch Maßnahmen gegen unlauteren Wettbewerb und Marktmacht. Eine heterogene Kassenlandschaft spielt laut Prof. Ulrich bei der Weiterentwicklung von Innovationen, für welche die Krankenkassen selbst zuständig sind, eine besondere Rolle. Das betrifft, laut dem Experten, vor allem das Versorgungsangebot und -management. In Hinblick auf Arzneimittel oder die Medizintechnik spielen das aber eher eine untergeordnete Rolle. Hier käme es darauf an, nach welchen Kriterien die jeweiligen HTA-Agenturen (Health Technology-Assessment) den Nutzen oder Zusatznutzen bestimmen und nach welchen Kriterien Erstattungspreise ermittelt werden.

Auf das viel zitierte Problem der Bürokratie in den Kassen angesprochen, ist Prof. Ulrich nicht der Ansicht, dass durch die Fusion von Krankenkassen eine unbürokratischere Struktur geschaffen werden könnte. Entgegen dieser Vermutung meint er, dass durch die Zusammenlegung ein flexibles, rasches, unbürokratisches Handeln und Eingehen auf neue Bedürfnisse und Entwicklungen eher noch schwieriger werden würde: „Einheitskassen bedeuten ja auch, dass die politische Einflussnahme zunimmt, da neben der Selbstverwaltung die Politik an Einfluss gewinnt. Damit bestimmt auch das Finanzministerium über das Gesundheitsbudget mit, und es besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung stärker konjunkturabhängig wird.“ Der Gesundheitsökonom weist darauf hin, dass dies in Deutschland mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der stärkeren Steuerfinanzierung bereits zu beobachten ist. „Aktuell wird ein Teil der Überschüsse im GKV-System zweckentfremdet, um nächstes Jahr einen ausgeglichenen Staatshaushalt zu erreichen“, so Prof. Ulrich.

Eine weitere, durchaus realistische Gefahr, die aus der Zusammenlegung von Kassen resultieren könnte, sieht der Experte in einer Verschlechterung der Qualität der Servicestellen der Kassen, da dann viele Anliegen nicht mehr auf der lokalen Ebene erledigt werden können. Prof. Ulrich betont: „Da die Versorgung im Raum bzw. in der Fläche stattfindet, sollten auch die Beratung und das Serviceangebot dezentral ausgestaltet und damit eng an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtet sein.“ Ergänzend erläutert er, dass sich bei einer Zusammenlegung von Kassen auch die Frage stellt, wie viele Servicestellen betrieben werden und ob man sich nicht stärker auf Internetangebote konzentrieren soll, was natürlich auch einen Einfluss auf die Qualität der Servicestellen hat.

Zusammenfassend rät Prof. Ulrich Österreich von der Zusammenlegung der Krankenkassen ab: „Aus meiner ökonomischen Perspektive sehe ich mehr Nachteile als Vorteile der Einheitskasse. Im Gegenteil, ich sehe in Ländern wie den Niederlanden oder in Deutschland die Tendenz zu einer stärkeren Regionalisierung der Versorgung, also dort als Krankenkasse hinzugehen, wo auch die Nachfrage auftritt.“