



Hertie School of Governance - working papers, No. 16, April 2008

**Die Strategien der gesetzlichen Krankenkassen im
Versicherungsmarkt und die Gesundheitsreform 2007**

Joachim Schmitz (MPP Class of 2007, Hertie School of Governance)

Hertie School of Governance – working papers, No. 16, April 2008

**Die Strategien der gesetzlichen Krankenkassen im
Versicherungsmarkt und die Gesundheitsreform 2007**

Joachim Schmitz (MPP Class of 2007, Hertie School of Governance)

About the HSoG Working Paper Series

The Working Paper Series of the Hertie School of Governance is intended to provide visibility, internally as well as externally, to the current academic work of core faculty, other teaching staff, and invited visitors to the School. High-quality student papers will also be published in the Series, together with a foreword by the respective instructor or supervisor.

Authors are exclusively responsible for the content of their papers and the views expressed therein. They retain the copyright for their work. Discussion and comments are invited. Working Papers will be made electronically available through the Hertie School of Governance homepage. Contents will be deleted from the homepage when papers are eventually published; once this happens, only name(s) of author(s), title, and place of publication will remain on the list. If the material is being published in a language other than German or English, both the original text and the reference to the publication will be kept on the list.

*Die Strategien der gesetzlichen Krankenkassen im
Versicherungsmarkt und die Gesundheitsreform 2007*

Eine Betrachtung aus Sicht des Bundesministeriums der Finanzen
(BMF)

final project/Master's thesis

von Joachim Schmitz, Class of 2007, Hertie School of Governance

jetzt: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi)

Villemombler Straße, 53123 Bonn

j.schmitz@alumni.hertie-school.org

Diese Arbeit gibt die persönliche Meinung des Autors wieder. Es besteht keinerlei
Verbindung mit den Ansichten des Bundesministeriums der Finanzen oder des
Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

This paper is part of the Master Thesis by Joachim Schmitz and David Scheller. The thesis was written for the German Ministry of Finance and deals with the challenges of the recent reform of the German health insurance system, particularly the health fund, from the perspective of the Finance Ministry. As Joachim Schmitz argues, the health fund will change the competition among different types of health insurances and thereby have severe implications for the service they provide and the dynamics of internal restructuring.

The working paper reflects in an exemplary way the mission of the Hertie School of Governance to provide a problem-oriented analysis of policy issues with the aim of contributing problem solutions. Therefore, Joachim Schmitz was invited to submit a shorter version of this thesis to the HSoG Working Paper Series. The complete Master thesis is available for download on the homepage of the Hertie School of Governance.

Anke Hassel

Professor of Public Policy, Project advisor

Abstract

Dieses Policy Papier untersucht aus Sicht des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) die Auswirkungen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) auf den Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Versicherungsmarkt innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Besondere Beachtung findet der im Rahmen der letzten Gesundheitsreform vereinbarte Bundeszuschuss für das deutsche Gesundheitswesen.

Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass durch das GKV-WSG keine effiziente und sachdienliche Verwendung der bereitgestellten Steuermittel sichergestellt wird. Im Versicherungsmarkt wird es aufgrund der Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des Einkommens der Versicherten ohne eine Modifizierung der Überforderungsklausel zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen kommen. Die Wettbewerbsverzerrungen werden zu Effizienzverlusten und damit zu unnötigen Mehrausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Das BMF sollte sich daher aktiv an der gesundheitspolitischen Debatte beteiligen und sich für die Abschaffung der Überforderungsklausel einsetzen. Alternative Modelle, die eine finanzielle Überforderung von Versicherten mit niedrigen Einkommen durch den Zusatzbeitrag verhindern, sollten hinsichtlich ihrer ordnungs- sowie finanzpolitischen Wirkung untersucht und gegebenenfalls in die Diskussion eingebracht werden. Die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sollte kritisch begleitet werden.

The German social health insurance funds and the recent health care reform act

This paper tries to sketch the impact of the recent health-care reform package on the social health insurance funds, the predominant actors in the German health insurance market. Particular attention is given to how they compete for customer. The results are

used, among others, to evaluate whether the planned injection of tax money into the system over the coming years is sensible.

The analysis indicates that the current system is suffering from serious flaws; most importantly, actors have an incentive to engage in risk selection, a typical and well-known bias of insurance markets. The planned reforms, although containing several good ideas, will tend to exacerbate this particular problem. The upshot is that there is a serious risk that tax money is spend on an increasingly less well functioning, inefficient system.

Therefore, the federal finance ministry should seek an active role in shaping the course of the implementation of reforms. Most importantly, it should ensure that plans to partly exempt low income households from health care charges are designed in such a way as to ensure that adverse selection in the insurance market does not take over.

Inhaltsverzeichnis

<u>1. EINLEITUNG</u>	<u>8</u>
<u>2. STRATEGISCHE OPTIONEN DER KASSEN IM STATUS QUO</u>	<u>10</u>
<u>3. DIE FOLGEN DES WETTBEWERBS</u>	<u>19</u>
<u>4. DIE FOLGEN DES WSG FÜR DIE GKV AUS SICHT DES BMF</u>	<u>24</u>
<u>5. FAZIT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN</u>	<u>28</u>
<u>LITERATUR.....</u>	<u>30</u>

Abkürzungsverzeichnis

AOK – Allgemeine Ortskrankenkassen

AEK – Arbeiter-Ersatzkassen

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMF – Bundesministerium der Finanzen

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

BKK - Betriebskrankenkassen

EAN – Ersatzkassen für Angestellte

GEK – Gmünder Ersatzkasse

GKV – Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-WSG – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

GSG - Gesundheitsstrukturgesetz

IKK - Innungskrankenkassen

KK . Krankenkassen

RSA - Risikostrukturausgleich

TK – Techniker Krankenkassen

1. Einleitung

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ vom 02. Februar 2007 wurde ein neues Reformpaket für das deutsche Gesundheitswesen auf den Weg gebracht. Die wichtigsten Elemente sind (Bundesgesundheitsministerium (BMG) 2007a: Übersicht):

- Strukturreformen mit dem Ziel der Stärkung des Wettbewerbs (besonders Verbändereform, Liberalisierung des Vertragswesens);
- Finanzierungsreform;
- Reform der privaten Krankenversicherung.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll mittels eines Gesundheitsfonds intensiviert werden. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Finanzierungsreform der Einstieg in eine Steuerfinanzierung aus dem Bundeshaushalt beschlossen. Ab 2009 wird ein Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds fließen. Der Bundeszuschuss wird zunächst 4 Milliarden Euro betragen und in den Folgejahren um jeweils 1,5 Milliarden Euro bis auf 14 Milliarden Euro ansteigen. Der Bundeshaushalt wird damit in Zukunft einen substantiellen Beitrag zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung leisten.

Daraus ergeben sich neue Handlungsoptionen des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) in der Gesundheitspolitik. Dabei sollte sich das BMF aber keinesfalls auf die Rolle eines klassischen Haushaltsministeriums beschränken. Im Sinne einer „gestaltenden Finanzpolitik“ sollte das BMF seine Vorstellungen von einer langfristigen Sicherung der finanziellen Tragfähigkeit des Gesundheitssystems, der Effizienz sowie einer solidarischen und adäquaten Gesundheitsversorgung in den politischen Prozess einbringen. Dazu gehören langfristig durchsetzungsfähige Positionen für das Politikfeld Gesundheit. Vor diesem Hintergrund entwickelt das vorliegende Policy Paper ein

Szenario zur besseren Bewertung der politischen und ökonomischen Veränderungen, die sich aus dem GKV-WSG ergeben.

Abschnitt 2 untersucht den Status Quo in der GKV und die strategischen Optionen der KK. Abschnitt 3 bewertet, wie sich die Strategien der Kassen im Wettbewerb ausgewirkt haben. Abschnitt 4 erörtert daran anschließend die Folgen des GKV-WSGs aus Sicht des BMF. Abschnitt 5 entwickelt Handlungsempfehlungen für das Bundesministerium der Finanzen.

Empirische Grundlage des vorliegenden Policy Papers sind 16 Experteninterviews, die von Januar bis April 2006 durchgeführt wurden. Als Interviewpartner wurden Vertreter aller großen gesetzlichen Krankenkassenarten (AOK, BKK, Ersatzkassen und Innungskassen) ausgewählt. Es handelte sich dabei in der Regel um Funktionäre des mittleren Managements der Krankenkassen oder der Spitzenverbände der verschiedenen Kassenarten. Ferner wurden Interviews mit Wissenschaftlern, Ministerialbeamten des Bundesministeriums der Finanzen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. In der Arbeit erfolgt die Darstellung von Interviewpassagen aufgrund entsprechender Zusagen anonym. Die Interviews werden daher statt mit Namen einheitlich mit Nummern gekennzeichnet.

2. Strategische Optionen der Kassen im Status Quo

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen drei Märkten im Gesundheitswesen (Cassel et al. 2006: 7). Diese sind der Versicherungs-, der Behandlungs- und der Leistungsmarkt. Die Krankenkassen (KK) sind vor allem im gesetzlichen Versicherungs- und Leistungsmarkt aktiv.

In den letzten Jahren hat die Kostendämpfung im Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen (Bandelow 2006: 7). Als Folge der „gesundheitspolitischen Wende“ sollen die KK als Finanzierungsträger und Agenten der Versicherten „die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen, also die Ärzte und Krankenhäuser, nach Effizienz Gesichtspunkten auswählen können (Wissenschaftlicher Beirat 2006: 16).

Zu diesem Zweck wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 die freie Kassenwahl eingeführt. Gekoppelt hieran war die Schaffung des Risikostrukturausgleiches zur Vermeidung der Risikoselektion (Cassel et al. 2006: 33). Die Kassen sollen bei einem größtenteils einheitlichen Leistungskatalog über einen einkommensabhängigen Beitragssatz miteinander um Kunden konkurrieren (Greß et al. 2006: 5).

Aus Sicht der Kassen zielten die Reformen vor allem auf die Schaffung eines Anreizes: Motiviert durch ihre eigenen finanziellen Interessen sollen sie sich durch den Einsatz „innovativer Rationalisierungsstrategie“ am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung beteiligen (Gerlinger 2002: 13). Wettbewerb soll „gute Versorgung zu günstigen Preisen ermöglichen“ (BMG 2007c)¹.

¹ Siehe auch z.B. BMG 2006a.: Begründung

Wie haben sich die Kassen in diesem Kontext verhalten? Die nachfolgende Sektion gibt hierüber Aufschluss.

2.1 Strategien der Kassen im Wettbewerb

Das wichtigste Ziel einer jeden Kasse ist es, über einen Wettbewerbsvorteil einen möglichst hohen Marktanteil zu erzielen. Beispielhaft die Aussage von Gesprächspartner 1: „... der Gewinn einer anderen Kasse ist der Verlust der eigenen Kasse...selbst wenn die eigene Position in absoluten Termen unverändert ist“. Diese Beschreibung entspricht einem Nullsummenspiel im gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt.

Dies gilt ungeachtet der Anforderungen an ein solidarisches Gesamtsystem, in dem sich die Kassen bewegen. „...Wir als Körperschaften des öffentlichen Rechts [stehen] in einem permanenten Spannungsverhältnis, weil wir zu privaten Akteuren umgebaut werden.“ (Gesprächspartner 1).

Als wichtigster Wettbewerbsparameter wurde von den Interviewpartnern der Beitragssatz genannt (Interviewpartner 1,3,4,5). Dies entspricht auch der Einschätzung der Forschung, welche häufig die zentrale Rolle des Beitragssatzes im Wettbewerb der Kassen hervorhebt (siehe z.B. Greß 2001: 10, Greß et al. 2006: 5). Ein zweiter, wenn auch seltener genannter Wettbewerbsparameter ist Qualität und Umfang des Service-Angebots einer Kasse. Hierzu gehört, dass die Leistungen der Kassen zunehmend divergieren. Wachsende Freiheiten in der Vertragsgestaltung auf dem Leistungsmarkt aber auch im Verhältnis gegenüber den Versicherten (Stichworte „Hausarzttarif“ und integrierte Versorgung) spiegeln diese Entwicklung (Interviewpartner 2, 3, 6).

Abbildung 1: Ziele und Wettbewerbsparameter der GKK

Ziel einer Krankenkasse	Wettbewerbsparameter
Steigerung des Marktanteils	Beitragssatz, Qualität u. Umfang des Angebots (seltener)

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Gespräche mit Interviewpartnern

Ausgehend von den genannten Wettbewerbsparametern ergeben sich zwei mögliche Strategien für die Kassen (siehe Abbildung 2 weiter unten).

Zum einen können die Kassen versuchen, einen Preisvorteil zu erreichen. Hierfür stehen ihnen mehrere Möglichkeiten offen. Sie können entweder besonders günstige Verträge mit Leistungsanbietern abzuschließen oder durch eine günstige Zusammenstellung ihrer Mitgliederstruktur geringere Kosten haben als ihre Mitbewerber. Zudem kann man mit besonders effizienten Prozessabläufen Kosten minimieren. Und es gibt - zumindest theoretisch – die Möglichkeit, das Morbiditätsprofil der eigenen Versicherten zu verbessern (z.B. durch Präventionsmaßnahmen). In all diesen Fällen kann über Einsparungen der Beitragssatz gesenkt werden, um auf dem Versicherungsmarkt attraktiv zu werden.

Zweitens können Kassen über den Aufbau einer besonderen Marke eine dauerhafte Bindung bestimmter Kunden erreichen. Hier kann man zwischen Strategien unterscheiden, die auf eine möglichst allgemeine, d.h. für alle potentiell Versicherten attraktive Marke setzen und Strategien, die vor allem auf bestimmte Gruppen innerhalb des Versichertenpotentials abzielen (z.B. auf chronisch Kranke). Diese Strategien werden durch Angebote von speziellen Behandlungsverfahren und Sonderprogrammen verfolgt wie auch durch verschiedene Marketingaktivitäten, mit denen die Kasse sich profilieren kann.

Abbildung 2: Decision tree der Strategieentscheidung einer Krankenkasse



Quelle: eigene Darstellung nach Gesprächen mit Vertretern von Kassen, Wissenschaft und Politik

Grundsätzlich steht es den Kassen frei, mehr als nur eine Strategie anzuwenden².

2.2 Welche Strategien sind besonders Erfolg versprechend?

Alle Gesprächspartner stimmen überein, dass die Zusammenstellung einer günstigen Versichertenstruktur die größten Erfolge zeitigt (bes. Interviewpartner 12) – und damit die Strategie des Preisvorteils die lohnenswertere ist. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, inwieweit der bestehende Risikostrukturausgleich (RSA) und der Finanzkraftausgleich in der Lage sind, die Unterschiede zwischen den Kassen zu reduzieren. Ausgehend von den geführten Gesprächen scheint dies eher nicht der Fall zu sein.

² Die Darstellung erfolgt auch in Anlehnung an die berühmten Wettbewerbsstrategien von Porter. Siehe auch Porter (1980).

Kassen können große Vorteile im Preiswettbewerb erzielen, wenn sie strategisch versuchen, vor allem gesunde Mitglieder zu gewinnen. Ungefähr 5% der Versicherten können weit mehr als die Hälfte aller Leistungsausgaben ausmachen (Müller 2006: 15).

Demgegenüber scheint die Markenstrategie der Strategie des Preisvorteils zurzeit noch eindeutig unterlegen zu sein. In der Trendbetrachtung nimmt der Wert einer Markenstrategie jedoch zu, besonders in dem Maße, wie die Vertragsfreiheit der Kassen weiter ausgedehnt wird.

Die folgende Abbildung wiederholt die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten, wie sie von den Gesprächspartnern genannt wurden. Zusätzlich werden die besonders häufig genannten Hebel hervorgehoben.

Abbildung 3: Strategien, Taktiken und Hebel

Strategie der Kasse	Taktik	Hebel
Preisvorteil	Effiziente Verwaltung	Verwaltungsreform
	Marktmacht / gute Vertragsgestaltung (z.B. Hausarztmodelle, integrierte Versorgung)	Fusionen , „organischer“ Aufbau von Kapazitäten
	Günstige Versichertenstruktur	Fusionen, direkte Werbung „guter“ /finanzstarker Risiken , Programme zur Verbesserung der Mortalität
Aufbau einer eigenen „Marke“	Aufbau besonderer Angebote (z.B. Hausarztmodelle, integrierte	Fusionen , „organischer“ Aufbau von Kapazitäten
	Marketing	Werbung

Quelle: eigene Zusammenstellung.

2.3 Kassenarten und Strategien – eine Übersicht

Viele neue und kleine BKKs und IKKs haben aus Sicht der Gesprächspartner vor allem auf eine Strategie des Preisvorteils gesetzt. Dabei herrscht eine starke Risikoselektion über die Herausbildung „virtueller Kassen“ vor. (Interviewpartner, 2, 3, 7, 12). Im Falle der „virtuellen Kassen“ wurde häufig konstatiert, dass der Hebel der Kostenreduktion durch geringe Verwaltungsausgaben erfolgreich betätigt wurde.

Die Entwicklung innerhalb der Ersatzkassenlandschaft ist dagegen uneinheitlich. Barmer und DAK wird entweder das Fehlen oder die mangelnde Umsetzung einer Strategie unterstellt. Die TK, auf der anderen Seite, wird häufig als „Zwitter“ (2) gesehen, welche sowohl den Preisvorteil wie auch den Aufbau einer Marke betont (Interview 2, 3). Dabei wird der TK auch ein Hang zur Risikoselektion unterstellt. Stellvertretend hier Gesprächspartner 7: „im Wettbewerb um gute Risiken...hat die TK das zum Beispiel sehr erfolgreich gemacht“.

Für die AOKs scheint Risikoselektion weniger ein Thema zu sein. Allerdings wird auf anderem Weg versucht, einen Preisvorteil zu erreichen. Von den Interviewpartnern 3 und 12 wurde betont, dass die AOK sehr stark auf ihre Marktmacht setzt, um Preisvorteile zu erreichen. Häufig wird unterstellt, dass die AOKs sich ebenfalls um den Aufbau einer Marke bemühen, wenn dies auch weniger ausgeprägt scheint als im Fall der TK.

Auch wenn es sich um eine kleine Kasse handelt, soll hier abschließend noch der Fall der GEK geschildert werden. Die GEK setzt vor allem auf eine Strategie der „Marke“. Dabei gilt neben besonderen Behandlungsprogrammen, mit denen die GEK z.B. im Bereich der integrierten Versorgung offensiv wirbt, auch eine positive Außendarstellung als Schlüssel. Beispiele sind hier die Herausgabe des Arzneimittelreports oder die Positionierung als „kundenfreundlichste Kasse“ (Interview 3, sowie Internetauftritt/Pressemitteilung, Geschäftsbericht).

Besonders interessant ist noch die Frage, warum nicht alle Krankenkassen auf die augenscheinlich lohnenswerteste Strategie, die Risikoselektion, setzen.

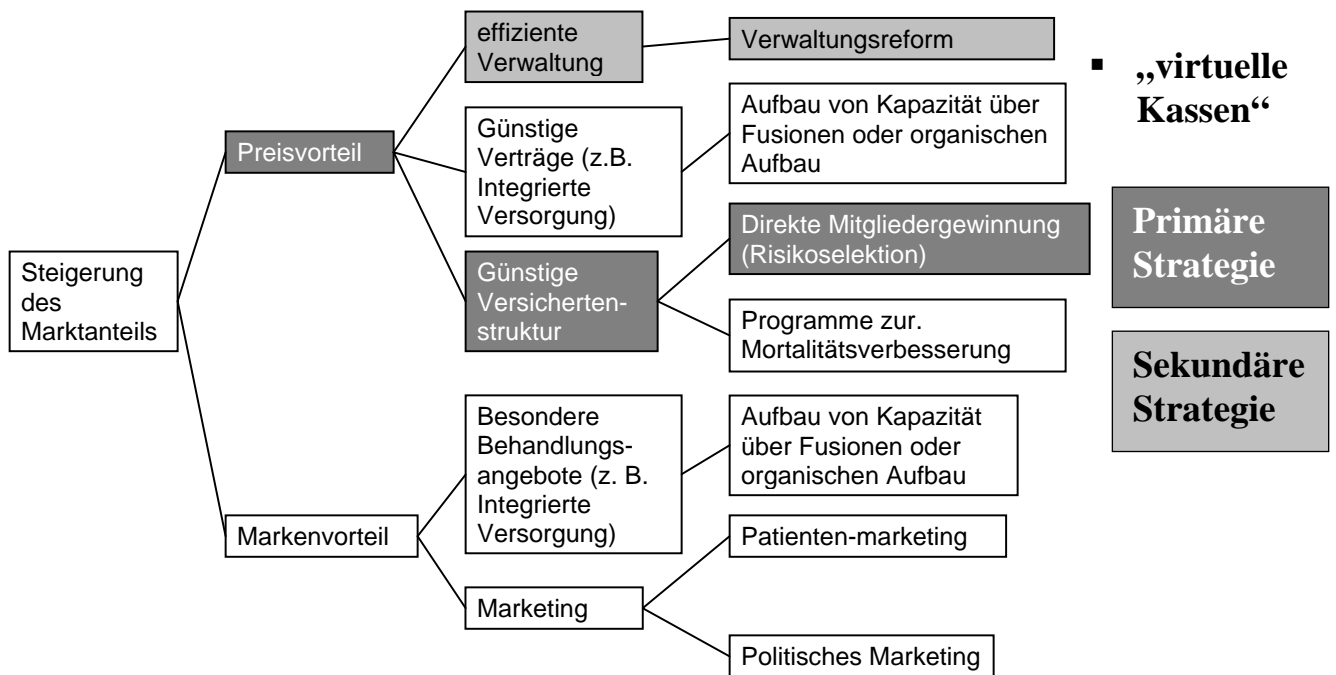
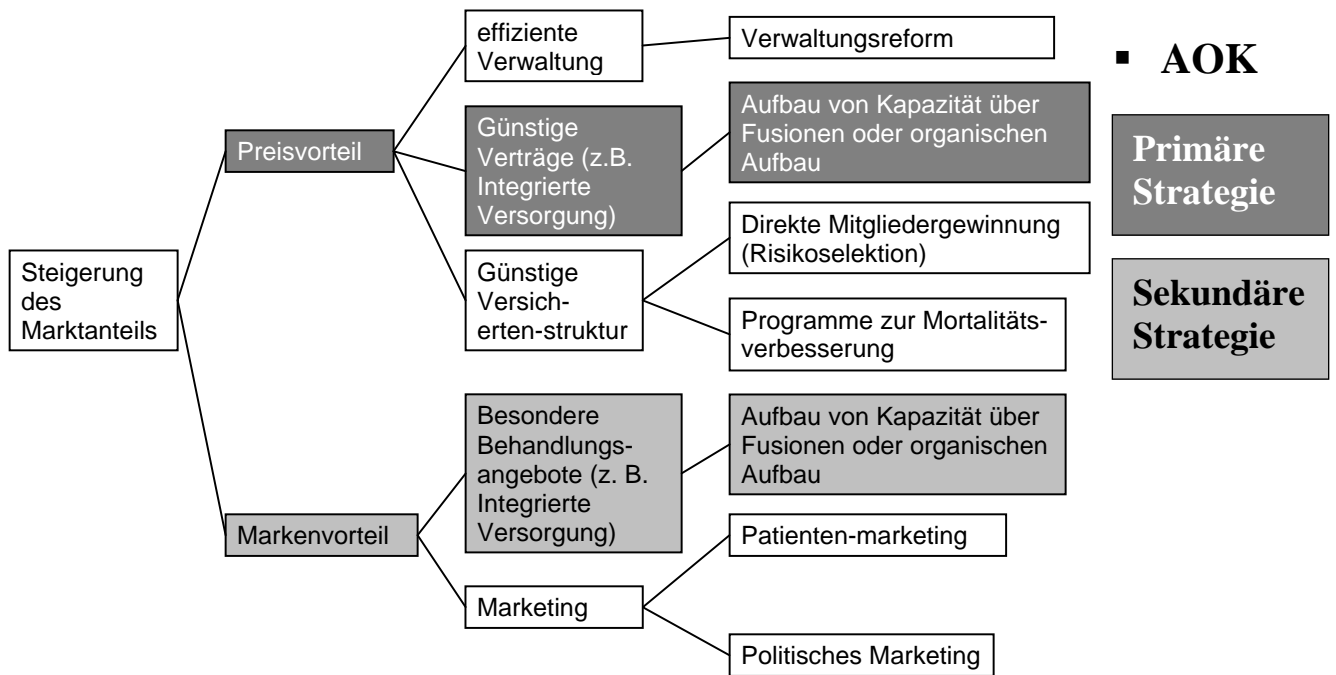
Zum einen spielen vorhandene Ressourcen eine Rolle. Eine gewisse bereits vorhandene Größe z.B. prädestiniert für eine Strategie der Verhandlungsmacht, wie ein Gesprächspartner am Beispiel der AOK illustrierte.

Für die AOK (wie für viele „Versorgerkassen“) gilt, dass die Möglichkeiten zur Risikoselektion eingeschränkt sind. Aufgrund des traditionell höheren Anteils Versicherter mit vergleichsweise schlechter Risikostruktur sind niedrige Beiträge, die Kunden mit guter Risikostruktur anziehen, kaum zu erreichen³.

Ebenso gibt es eine Anzahl von Kassen, für die eine Strategie der Risikoselektion der eigenen Wahrnehmung von Rolle und Identität in der GKV zumindest teilweise zuwider läuft. 7 formulierte es z.B. so: „Die Betonung der verschiedenen Rationalitäten ist unterschiedlich von Kassenart zu Kassenart. Die AOK betont z.B. weniger die wettbewerblichen Elemente als etwa die TK oder einige BKKs“ (vgl. hierzu zum Beispiel auch Bode (2004: 56). Gesprächspartner 3 betonte, dass sowohl Barmer wie auch DAK als eher „traditionelle Kassen“ betrachtet werden. „Traditionell“ bezieht sich in diesem Zusammenhang auf eine starke Verankerung der Unternehmensphilosophie in der Zeit vor der „gesundheitspolitischen Wende“ 1992 und eine dementsprechend weniger starke Betonung des Wettbewerbsgedankens.

³ Interessant ist hier sicherlich die Frage, inwieweit besonders große Kassen, und hier besonders die AOK, in einer „Strategiefalle“ stecken, d.h. ob der hier aufgezeigte Mix aus Pfadabhängigkeit (schlechte Versichertenstruktur) und Anreizen (Größe prädestiniert für Betonung der Marktmacht) ein Wechsel in der Strategie der AOK *überhaupt* möglich macht. Diese Frage kann jedoch hier nicht abschließend beurteilt werden.

Abbildung 4-7: Einordnung der Kassen nach Strategien und Hebeln



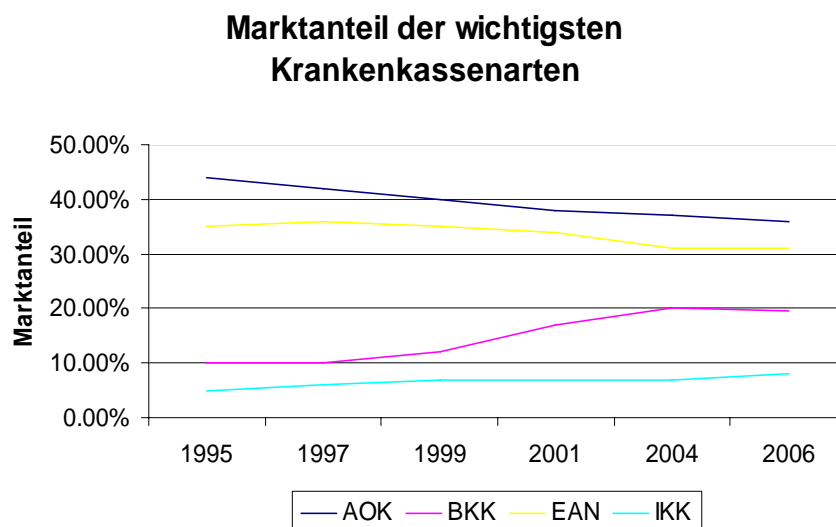


3. Die Folgen des Wettbewerbs

Der vorliegende Abschnitt untersucht anhand einiger Kernindikatoren, wie sich der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander in den letzten Jahren dargestellt. Das Heranziehen dieser Indikatoren bietet die Möglichkeit, die im letzten Abschnitt dargestellten Aussagen der Gesprächspartner mit Marktentwicklungen abzugleichen und diese zu bewerten.

In einem ersten Schritt zeigt Übersicht drei die Entwicklung des Marktanteils der wichtigsten Krankenkassenarten.

Abbildung 5: Marktanteile der wichtigsten Krankenkassenarten



Quelle: eigene Darstellung nach: *Verband der Deutschen Betriebskrankenkassen* (2006): Marktanteile in der GKV, Entwicklung 1970- November 2006

Es ist eindeutig erkennbar, dass vor allem solche Kassen, die sich nach Meinung der Gesprächspartner für eine starke Fokussierung auf Risikoselektion entschieden haben (bes. „virtuelle Kassen“ aus dem Bereich IKK und BKK), zu den Gewinnern zählen. Dem stehen die AOK und verschiedene EAN eindeutig als Verlierer gegenüber. In soweit werden die Voraussagen des Modells also erfüllt.

Auch bei genauerer Betrachtung halten die Vorhersagen des Modells der Marktentwicklung stand. So konnte die TK den Negativtrend der EAN widerstehen. Von 1996 bis 2005 steigerte sich die Anzahl der Mitglieder von 2.7 Millionen auf 3.9 Millionen (jeweils ohne Familienversicherte) (Techniker Krankenkasse (TK) (2006)). Ähnliches gilt für die GEK, welche ihre Mitgliederzahl 2003 und 2004 um insgesamt 12% steigern konnte (von etwa 850,000 auf knapp 1 Million Ende 2004) und damit die leicht negative Entwicklung innerhalb der AEK unterlaufen konnte.

Entwicklung der Mitgliederzahlen und Risikoselektion

Die These, dass Risikoselektion die beste Strategie zur Erhöhung des Marktanteils ist, kann noch durch folgende Fakten untermauert werden:

- Innerhalb der GKV besteht eine hohe und steigende Bereitschaft die Kasse zu wechseln. Laut Zok (in: Busse 2005: 76) erwogen 2003 23.4% aller GKV Versicherten einen Wechsel Ihrer Kassen. Dies ist eine deutliche Steigerung gegenüber der jüngeren Vergangenheit (Vergleich mit 1998: Wechselwilligkeit 9.8%, in: Busse (2005)).
- Es ist zu vermuten, dass die Bereitwilligkeit zum Wechsel in direkter Verbindung mit dem Beitragssatzunterschied zwischen den Kassen steht. Groß et al. (2006: 19) zeigen in einer kürzlich veröffentlichten Studie, dass die Preiselastizität der Kunden mit Blick auf den Beitragssatz auf kurze Sicht etwa -1 beträgt und damit als moderat zu bezeichnen ist. Gleichzeitig steigt diese Elastizität aufgrund dynamischer Faktoren jedoch dramatisch über einen längeren Zeitraum, eine These die kongruent ist mit einer zunehmenden Wechselbereitschaft.
- Mehrere Untersuchungen legen nahe, dass besonders gut Verdienende und/oder Versicherte mit günstiger Risikostruktur Anreize zum Kassenwechsel haben. Von 1995 bis 2003 stiegen die Ausgaben des RSA von 9.2 Mrd. Euro p.a. auf knapp 15 Mrd. Euro, oder von 7.9% der GKV Ausgaben auf 10.9% der GKV Ausgaben. Die Versichertenstruktur scheint also zunehmend von einer geringeren Durchmischung gekennzeichnet zu sein. So beanspruchen wechselnde Versicherte im Durchschnitt lediglich 50% bis 60% der Leistungsausgaben von

Nichtwechslern, das heißt also dass vor allem Gesunde wechseln (Lauterbach/Wille 2001: 3) ⁴.

Auch die absolute Entwicklung der absoluten Mitgliederzahlen der KK belegt den Trend.

Tabelle 1: Mitgliederentwicklung in der GKV 1999-2006 (in Mio Mitgliedern)

Kassentyp	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AOK	27.9	27.3	26.4	25.9	25.5	25.3	25.3	24.9
BKK	9.2	10.6	12.3	13.3	14.4	14.7	14.6	14.3
IKK	4.7	4.6	4.5	4.4	4.4	4.5	4.7	5.1
LKK	1	1	1	1	1	.9	.9	.9
SeeKK	.068	.068	.068	.07	.071	.071	.072	.075
Bundes- knappschaft	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Ersatzkassen für Arbeiter	1.7	1.5	1.4	1.4	1.4	1.5	1.6	1.7
Ersatzkassen für Angestellte	25.2	24.8	23.9	23.3	22.3	21.9	21.8	21.8
Gesamt	71.4	71.3	71	70.8	70.5	70.3	70.5	70.3

Quelle: BMG (2006b) und BMG (2006c): Statistik über Versicherte 2006, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart.

Die AOKs haben seit 1999 knapp 11% ihrer Mitglieder verloren (der Verlust ist noch höher, wenn man den Betrachtungszeitraum ausdehnt). Noch deutlichere Verluste haben die Ersatzkassen für Angestellte hinnehmen müssen (-13% Mitglieder). Dahingegen haben die BKKs und IKKs deutliche Gewinne verbuchen können. Die Mitgliederzahl

⁴ Berechnet als Verhältnis von tatsächlichen Leistungsausgaben für Wechsler zu deren Beitragsbedarf

innerhalb der BKKs hat sich um mehr als 50% erhöht. Für die IKKs waren die Zugewinne geringer, aber immer noch deutlich (knapp 8.5% höhere Mitgliederzahl).

3.1 Zur Konsolidierung der Kassenlandschaft

In den 1990er Jahren fand eine starke Reduktion der Anzahl der Krankenkassen statt. So sank die Zahl der Einzelkassen von etwa 200 in 1991 auf mittlerweile etwa 250 (Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen 2006)

Ausgehend von dem entwickelten Modell des Verhaltens der Kassen sollten Fusionen vor allem dazu dienen, eine gewisse kritische Größe zu erreichen um darüber Marktmacht zu erlangen. D.h. der Trend zu Fusionen sollte stärker ausgeprägt sein innerhalb solcher Kassenarten, die tendenziell zersplittert sind. Hier sind vor allem die BKKs, IKKs und EArK zu nennen. Tabelle drei zeigt, dass die IKKs, BKKs und EArK 1995 die geringste Anzahl von Versicherten (20000/KK im Falle der BKKs) pro Kassen hatten. Auf der anderen Seite sollten die AOKs und die Angestelltenkassen, aufgrund ihrer bereits vorhandenen Größe, relativ geringe Anreize zu Fusionen haben. Laut einem Vergleich von Tabelle eins und zwei hatten die AOKs und die EANs 1995 die höchste Anzahl von Versicherten pro Kasse (zwischen 1.6 und 1.9 Millionen pro KK).

Tabelle 2: Anzahl der gesetzlichen Kassen 1999-2006⁵

⁵ Unterschiede zwischen der Anzahl der Kassen in Tabelle 2 und der im Text genannten Anzahl von Kassen ergeben sich durch das Hinzuzählen der sog. Erstreckungskassen. Die Tendenz der Konsolidierung der Kassenlandschaft ist von dieser Unterscheidung jedoch nicht berührt. Siehe auch „Kennzahlen und Faustformeln der GKV“ (BMG 2007d).

Kassentyp	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AOK	17	17	17	17	17	17	17	16
BKK	482	451	434	403	378	339	317	289
IKK	45	33	30	27	26	25	25	23
LKK	21	21	17	13	10	10	9	9
SeeKK	2	2	2	2	2	2	2	2
Bundes- knappschaft	2	2	2	2	2	2	2	1
Ersatzkassen für Angestellte	9	7	9	8	8	6	6	6
Ersatzkassen für Arbeiter	13	13	13	13	13	13	13	13
Gesamt	591	546	52	485	456	414	391	360

Quelle: BMG (2006b): Mitglieder, Versicherte und Krankenstand in der GKV, 1998 bis 2005

Anhand dieser Zahlen wird die Konsolidierungsbewegung innerhalb der Kassenlandschaft deutlich. Es zeigt sich auch, dass ein großer Teil dieser Konsolidierung im Bereich der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen erfolgt ist. Mit Blick auf Kassenfusionen scheinen sich die Vorhersagen der Gesprächspartner also ebenfalls zu bestätigen.

4. Die Folgen des WSG für die GKV aus Sicht des BMF

Auf Basis der vorangegangenen Untersuchung versucht der vorliegende Abschnitt, die Auswirkungen des WSG abzuschätzen. Das BMF ist entsprechend dem SGB V an einem funktionierenden Wettbewerb um Qualität und Preis interessiert, bei gleichzeitiger Wahrung sowohl des gleichen Zugangs aller zur Gesundheit sowie auch der Solidarität in der GKV. Direkt verbunden damit ist, dass das BMF die Belastung des Bundeshaushalts zu kontrollieren wünscht bzw. eine effiziente Verwendung der zukünftigen Steuermittel sicherstellen will.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben zeigt die Analyse, dass die Zielvorgaben des BMF nicht erfüllt werden. Nach Auffassung der Gesprächspartner werden die Anreize für eine Risikoselektion durch das WSG noch zunehmen werden. Entsprechend werden solche Kassen profitieren, die auf Risikoselektion setzen (vor allem virtuelle Kassen). Kassen, die dies nicht tun wollen oder können (AOK, Barmer), riskieren einen weiteren Wettbewerbsnachteil.

Dieses Ergebnis ist gültig trotz der übereinstimmenden Meinung der Gesprächspartner, dass es durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes, gekoppelt mit einer Mini-Prämie *prinzipiell* zu einer „inkrementalen Verbesserung“ (Interviewpartner 14) des Wettbewerbs kommt. Verkürzt gesprochen speist sich diese Verbesserung aus (a) dem Umstand, dass eine einkommensunabhängige Pauschale den Preiswettbewerb plastischer macht und (b) der positiven Wirkung der „Vereinheitlichung“ der Preisvorteile für die verschiedenen Einkommensgruppen. Lediglich Gesprächspartner 11 widerspricht hier.⁶

Problematisch ist jedoch die genaue Ausgestaltung der Mini-Prämie. Die Mehrzahl der Gesprächspartner gaben ihrer Sorge Ausdruck (Interviewpartner 1, 3, 5, 6, 7), dass es durch die Mini-Prämie zu einem ruinösen Wettbewerb kommen wird. Die grundsätzliche

⁶Diese Einschätzung berücksichtigt nicht die Wirkung der Mini-Prämie auf die Anreize zur Risikoselektion. Unter Berücksichtigung der Überforderungsklausel ist die Mehrheit der befragten Wissenschaftler der Meinung, dass es netto zu einer Verschlechterung der Wettbewerbssituation kommt.

Argumentationslinie entspricht dabei dem u.a. vom Sachverständigenrat aufgezeigten Mechanismus (SVR 2006:220). Stellvertretend Interviewpartner 13: „durch die Überforderungsklausel...wird es zu mehr Risikoselektion kommen...“.

Diese Einschätzung gilt trotz der allgemein als positiv bewerteten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches, welcher die Risikoselektion ja eigentlich unterbinden soll. Von den meisten Gesprächspartnern, sowohl aus der Wissenschaft wie auch aus der Praxis, wurde die im WSG vorgesehene Entwicklung hin zu einem morbiditätsorientierten -RSA grundsätzlich begrüßt, jedoch werden die Veränderungen als unzureichend empfunden, um den verstärkten Anreizen für eine Selektion der Risiken effektiv entgegenwirken zu können. Gesprächspartner 1 äußert dazu: „den GF...muss man im Kontext der Weiterentwicklung des RSA sehen, das finden wir gut“.

Grundsätzlich positiv erscheint auf der anderen Seite, dass die Möglichkeiten zu mehr Vertragswettbewerb im Leistungsmarkt und zu Wahlтарifen im Versicherungsmarkt genutzt werden sollen. Mit Blick auf den Leistungsmarkt machte dies Gesprächspartner 14 deutlich: „die Lockerungsübungen im ambulanten Bereich...haben meiner Meinung nach einen größeren Einfluss als der Fonds.... Die Kassen werden sich demnächst mehr...abgrenzen...im Moment geschieht der Wettbewerb ja über Schnick-Schnack“.

Das WSG will den Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt dadurch erhöhen, dass den Kassen größere Vertragsfreiheit im Umgang mit den Leistungserbringern eingeräumt wird (BMG 2006a: 1, 5). Krankenkassen werden die grundsätzliche Möglichkeit erhalten, „mit Ärzten Vereinbarungen zu treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen“ (BMG 2007b: 57). Der Geltungsbereich dieser Neu-Regelung erstreckt sich dabei auf die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante Versorgung sowie besondere Versorgungsaufträge (BMG 2006a: 113)⁷.

⁷ Konkret werden diese Maßnahmen umgesetzt durch die Aufhebung der Absätze §73/1c) (Regelung zur einheitlichen und gemeinsamen Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung) sowie §73/7 (Regelung zur Vereinbarungen zu Satzungsleistungen der Kassen durch die Partner Gesamtverträge).

Es ist zu vermuten, dass Kassen, die sich bereits jetzt in diesem Geschäftsfeld bewegen, ihr Engagement verstärken und auch davon profitieren werden (AOK, Nischenanbieter). Aber auch für viele Kassen, die noch nicht über Kapazitäten im Bereich Vertragsfähigkeit verfügen, steigen die Anreize, Vertragsfähigkeit zu erlangen (sei es zur Gewinnung eines Kostenvorteils oder zwecks Angebot besonderer Leistungen).

Hinsichtlich der Wahltarife wird den Krankenkassen durch das WSG grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt, Tarife in verschiedenen Formen anzubieten (§ 53 SGB V, Artikel 1 WSG). Hierzu wird § 54 SGB V aufgehoben, wodurch die Wahltarife auch auf nicht freiwillig Versicherte ausgedehnt werden.

Auch scheint es wünschenswert, dass es zu weiteren Fusionen innerhalb der Kassenlandschaft kommt. Die meisten Kassenvertreter erwarten durch die neuen Rahmenbedingungen jedoch keine qualitative Veränderung im Fusionsverhalten der Kassen.

Betont wurde außerdem, dass die Kassen häufig bereits mögliche Partner in anderen Kassenarten sondiert haben (Gesprächspartner 3). Dabei scheint es relativ wenige Berührungspunkte untereinander zu geben. Auch einige der AOKs erscheinen als interessante Partner, zumindest so weit es sich um zurzeit erfolgreiche AOKs handelt. Interessanterweise taucht dabei vor allem eine Kasse als wiederholtes Ziel auf – die GEK wurde sowohl von Interviewpartner 3 wie auch 7 genannt. Verstärkte Fusionsaktivitäten erwartet man nicht zuletzt auch im Bereich der BKKs, welcher immer noch als sehr zersplittert und heterogen wahrgenommen wird. (Interviewpartner 4).

Da, ähnlich wie im Status Quo, die möglichen Wettbewerbsvorteile jedoch nicht ausreichen werden, um die Vorteile durch Risikoselektion auszugleichen, kann dies aus Sicht des BMF nur ein Teilerfolg sein.

In der Summe scheint es zu einer Verschärfung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen zu kommen. Dabei droht es durch die veränderten Anreize zu einem

ruinösen Preiswettbewerb zu kommen. Die Notwendigkeit einer Reform der Reform wird beinahe von allen Gesprächspartnern erkannt und sollte auch vom BMF aufgegriffen werden.

5. Fazit und Handlungsempfehlungen

Das vorliegende Papier kommt zu dem Ergebnis, dass das GKV-WSG nur unzureichend dazu beiträgt, eine effiziente und sachdienliche Verwendung der Steuermittel im Gesundheitssystem sicherzustellen. Aus ökonomischer Sicht liegen die Problemen vor allem in den zukünftigen Handlungsanreizen der Krankenkassen im Versicherungsmarkt begründet. Diese haben nämlich die Tendenz, bereits heute bestehende Defizite im Krankenversicherungsmarkt zu verfestigen.

Die wettbewerblichen Rahmenbedingungen nach dem GKV-WSG führen dazu, dass die Krankenkassen ihre Finanzmittel zunehmend zur Risikoselektion einsetzen werden. Es droht ein ruinöser Wettbewerb im Versicherungsmarkt, der die Ausgaben in der GKV nach oben treibt. Ursächlich hierfür ist die „Ein-Prozent-Regelung“ (Überforderungsklausel), da sie zusätzliche Anreize schafft, Versicherte mit hohem Einkommen zu werben. Ein auf Risikoselektion beruhender Wettbewerb widerspricht den ordnungspolitischen Vorstellungen des BMFs, führt zu weiteren Ausgabensteigerungen und verhindert eine sachdienliche Verwendung der Steuermittel in der GKV.

Es ist daher notwendig, dass sich das BMF aktiver als bisher in die Gesundheitspolitik einbringt. Es sollte verhindert werden, dass Steuermittel zur Finanzierung eines dysfunktionalen Markts verwendet werden.

Das BMF sollte sich für die Abschaffung der Ein-Prozent-Überforderungsklausel einsetzen, um drohende Wettbewerbsverzerrungen im Versichertenmarkt zu vermeiden. Eine Abschaffung der Ein-Prozent-Überforderungsklausel ohne alternativen Sozialausgleich für Versicherte mit niedrigem Einkommen würde jedoch schnell zu sozialen Härtefällen führen und wäre außerdem derzeit politisch kaum durchsetzbar. Wahrscheinlich ist außerdem, dass bei einer Abschaffung ohne eine andere Form des Sozialausgleichs der Zusatzbeitrag auf einem relativ niedrigen Niveau gehalten werden

muss, damit die Belastungen für Versicherte mit niedrigen Einkommen sozialverträglich bleiben. Dies hätte wiederum die Konsequenz, dass Ausgabensteigerungen in der GKV durch eine steigende, *unkontrollierte* Steuerfinanzierung gedeckt werden müssten.

Das BMF sollte daher in einem Gutachten alternative Modelle untersuchen lassen, die die Sozialverträglichkeit der Zusatzprämie gewährleisten können. Dabei sollten neben den sozialpolitischen Wirkungen des Modells auch die Implikationen hinsichtlich des Krankenversicherungsmarkts und die Belastungen des Bundeshaushalts berücksichtigt werden.

Auf Basis dieses Gutachtens sollte das BMF alternative Modelle in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Die im Rahmen der Arbeit durchgeführten Experteninterviews legen nahe, dass das BMF bei einem solchen Vorhaben auf eine breite Unterstützung der Krankenkassen bauen könnte. So forderte die Mehrheit der Interviewpartner zum einen die Abschaffung der im GKV-WSG vorgesehenen Überforderungsregelung. Zum anderen sprachen sich die Befragten aber auch für eine alternative Regelung zur Vermeidung von Härtefällen durch den Zusatzbeitrag aus.

Trotz der damit entstehenden Belastungen für den Bundeshaushalt, wird empfohlen, für diesen Zweck die Verwendung von Steuermitteln in Erwägung zu ziehen, „ Im Gegensatz zum oben aufgeführten Szenario hätte dies den Vorteil, dass es sich um eine *kontrollierte* Steuerfinanzierung handeln würde. Alternative Modelle, die keine direkte Verwendung von Steuermitteln vorsehen, führen in der Regel zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen im Versicherungsmarkt und damit zu langfristig höheren Ausgaben in der GKV.

Mit Blick auf das GKV-WSG wird empfohlen, insbesondere die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs kritisch zu begleiten. Das BMF sollte

sich hier für einen möglichst präzisen Ausgleich der Lasten, die durch eine unterschiedliche Morbidität der Versicherten entstehen, einsetzen. Ein derartiger Ausgleich sollte helfen, signifikante Wettbewerbsverzerrungen in der GKV zu lindern.*Literatur*

Bandelow, Nils (2004): Governance im Gesundheitssystem: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung, In: Lange, Stefan/Schimank, Uwe (Hrsg.): Governance und gesellschaftliche Integration. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S. 89-107, Wiesbaden:

Bandelow, Nils (2006): Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden, in Schmidt, Manfred G/Zohlnhöfer, Reimut R (Hrsg.): Regieren in der Bundesrepublik Deutschland, Innen und Außenpolitik seit 1949, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, in: <http://www.nilsbandelow.de/bilanz.pdf>; 19.12.2007

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2006a): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) (Referentenentwurf), Berlin, in: http://www.bdi.de/bdi/util/pdf_view.jsp;jsessionid=13609870E98AFF502615CA8BAB9395EC?pdf=/bdi/content/020/misc/Referentenentwurf.pdf; 19.12.2007

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2006b): Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitte 1998 bis 2005, Rubrik Statistik Mitglieder und Versicherte Stand April 2006, Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2006c): Statistik über Versicherte 2006, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2007a): Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2007, Berlin
www.die-gesundheitsreform.de

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2007b): Glossar zur Gesundheitsreform 2007, Berlin
www.die-gesundheitsreform.de

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2007c): Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin
www.die-gesundheitsreform.de

Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2007d): Kennzahlen und Faustformeln in der GKV, Rubrik Statistiken, Stand März 2007, Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundesrat (2007): „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)“, Bundesdrucksache 75/07

Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) (2006): Zahl der Gesetzlichen Krankenkassen, in: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/kk_zahl0606.pdf; 20.12.2007

Bundesversicherungsamt (2005): Wie funktioniert der Risikostrukturausgleich?, in: <http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/Informationen/Wie-funktioniert-RSA.pdf>; 19.12.2007

Bode, Ingo (2002): Vom Payer zum Player – oder: Krankenkassen im Wandel. Der Fall der AOK und ein vergleichender Exkurs nach Frankreich. Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung. No.4/2002, Duisburg

Busse, Reinhard/Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssystem im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

Cassel, Dieter/Ebsen, Ingwer/Greif, Stefan/Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine/Wasem, Jürgen (Cassel et al.) (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, in: http://www.uni-essen.de/medizin/management/Lehrstuhl/Forschung/gutachten_vertragswettbewerb_lang.pdf; 19.12.2007

Cassel, Dieter/Jacobs, Klaus (2006): Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitgespräch Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung, Wirtschaftsdienst 2006, No. 5

Döhler, Marian/Manow, Philip (1995): Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor. In: Myantz/Scharpf (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, S. 140-168.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 08.01.2007, Wirtschaftsteil, Interview mit Wolfram Richter

Frankfurter Allgemeine Zeitung, Ausgabe vom 19.05.2006, Wirtschaftsteil, Interview mit Peter Zweifel

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Mai 2002; P02-204, Berlin

Greß, Stefan/Tamm, Marcus/Tauchmann, Harald/Wasem, Jürgen (2006): Price Elasticities and Social Health Insurance Choice in Germany, A Dynamic Panel Data Approach, RWI Discussion Paper No. 28 (Greß et al.), in: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=784567; 18.12.2007

Greß Stefan (2001): Beitragssatzunterschiede und Mitgliederwechsel in der GKV seit Einführung des Kassenwahlrechts, Beitrag zu einem Workshop am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Bremen

Gmünder Ersatzkasse (GEK) (2004-2006): Geschäftsberichte 2003-2005

Lauterbach, Karl W./Wille, Eberhard (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht, Köln, Mannheim

Mayntz, Renate/Bernd Rosewitz (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Campus, Frankfurt a.M.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W (1995): Der Ansatz des Akteurszentrierten Institutionalismus. In: Myantz, Renate/Scharpf, Fritz W (Hrsg): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Campus, Frankfurt a. M.

Müller, Rainer (2006): Kostenexplosion und demographischer Kollaps. Empirische und systematische sozialwissenschaftliche Präzisierungen zu einigen verbreiteten Annahmen, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Band 47 (2006): Gesundheit.

Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus – Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, September 2004; SP I 2004-304, Berlin

Porter, Michael E. (1980): Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors; The Free Press, New York

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber, Bern

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2006): *Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen*, Wiesbaden

Scharpf, Fritz W (2006): *Interaktionsformen – Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Stiglitz, Joseph/Rothschild, Michael (1976): *Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information*, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 40, No.4, November 1976: 629-649

Stolpe, Michael (2006): *Sozialverträglicher Wettbewerb in der Krankenversicherung: Ein Konzept für Deutschland*, Vortrag beim Bundesministerium der Finanzen, 17. Mai 2006, Berlin

Straubhaar, Thomas/Geyer, Gunnar/Locher, Heinz/Pimpertz, Jochen/Vöpel, Henning (2006): *Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen, Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems*, Hamburgisches WeltWirtschaftsInstitut, Hamburg

Techniker Krankenkasse (TK) (2006): *Geschäftsbericht 2005*, Hamburg

Verband der Deutschen Betriebskrankenkassen (2006): *Marktanteile in der GKV, Entwicklung 1970- November 2006*, in:
<http://www.bkk.de/bkk/powerslave.id,931,nodeid,.html>; 18.12.2007

Wissenschaftlicher Beirat beim Ministerium für Wirtschaft und Technologie (2006): *Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stellungnahme 13. Mai 2006*, Berlin, in:
<http://www.bmwi.de/BMWi/Navigation/Presse/pressemitteilungen,did=141928.htm>;
17.12.2007

HSoG Publishing

Schlossplatz 1
10178 Berlin · Germany

Tel. 030 - 21 23 12 -100

Fax 030 - 21 23 12 -999

publishing@hertie-school.org