

Vorwort der Herausgeber

Am 1. Januar 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft. Es gilt als der Wendepunkt in der ordnungspolitischen Gestaltung des bis dahin in der Tradition der Bismarck'schen Sozialgesetze des 19. Jahrhunderts als „gewachsen und bewährt“ geltenden, aber durch und durch administrativ-korporatistisch organisierten Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Vorausgegangen war der legendäre parteiübergreifende „Kompromiss von Lahnstein“, in dem sich die damalige CDU/CSU/FDP-Koalition unter ihrem Verhandlungsführer und Gesundheitsminister Horst Seehofer und die von Rudolf Dreßler vertretene SPD-Opposition auf Eckpunkte einer grundlegenden Strukturreform einigten. Damit sollte einerseits den drastisch steigenden Defiziten und drohenden Beitragssatzerhöhungen begegnet und andererseits eine Lösung für die verfassungsrechtlich längst nicht mehr tolerierbaren Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen bei weitgehend eingeschränkter Kassenwahlfreiheit der Versicherten gefunden werden.

Dementsprechend setzte das GSG mit der Budgetierung von Leistungsausgaben und Verwaltungskosten sowie der Bedarfsplanung in der ambulanten und eines neuen Entgeltsystems in der stationären Versorgung zum einen auf kurzfristige Einsparungen, womit die anhaltende Serie von dirigistischen Kostendämpfungsgesetzen fortgesetzt wurde. Zum anderen brachte es aber auch eine geradezu „revolutionär“ erscheinende Struktur- und Organisationsreform zuwege, mit der eine schrittweise, noch immer unvollendete Transformation des tradierten GKV-Systems begann. Sie bestand im Wesentlichen aus der Freigabe der Kassenwahl für weit über 90 % der GKV-Mitglieder, einem permanenten und kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich und einer gewissen Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen für die Kassenarten in Verbindung mit einer Professionalisierung der Kassenführung. Damit waren die sozialrechtlichen Voraussetzungen für einen wirksamen, bis dahin nur rudimentär vorhandenen „Kassenwettbewerb“ geschaffen.

Die Mehrheit der Gesundheitsökonominnen war schon in den 1980er Jahren vehement für „mehr Markt und Wettbewerb“ in der GKV eingetreten und hatte dazu Kassenwahlfreiheit der Versicherten, wirksame Handlungsparameter für alle Akteure und wettbewerbsadäquat verfasste Kassen sowie einen wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleich als zentrale Bausteine einer künftigen GKV-Wettbe-

werbsordnung gefordert. Es wäre aber ein Mythos zu glauben, die Matadore des Lahnstein-Kompromisses hätten eine stärker wettbewerbliche Gestaltung der GKV als grundsätzlich und dauerhaft anzustrebendes Ziel vor Augen gehabt. Vielmehr war der durch die nun freie Kassenwahl entstehende Wettbewerb unter den Kassen eine nolens volens hinzunehmende Nebenwirkung, wenn die verfassungsrechtlich eingeforderte Beitragsgerechtigkeit durch Wahlfreiheit erreicht werden sollte. Dementsprechend wurde der Kassenwettbewerb vor allem in der GKV-Selbstverwaltung nicht etwa als Desiderat im Dienste von mehr Bedarfsgerechtigkeit, Kosteneffizienz, Versorgungssicherheit oder Innovationsdynamik begrüßt, sondern meist als solidarwidriger Fremdkörper der Sozialen Krankenversicherung abgelehnt.

Dennoch konnte und wollte man das Rad der Geschichte nicht mehr zurückdrehen. Immer mehr Gesundheitswissenschaftler und -praktiker sowie Beratungs- und Entscheidungsgremien hatten das verkrustete und dysfunktional gewordene Kollektivsystem mit seinen „gemeinsam und einheitlich“ getroffenen Entscheidungen und Problemlösungen kritisiert und erwärmten sich nun für einen mit dem Rechtsrahmen der GKV kompatibel zu gestaltenden Wettbewerb („Managed Competition“ bzw. „Regulated Competition“), der in weiten Bereichen als dezentraler Steuerungsmechanismus fungieren kann, ohne mit den Grundprinzipien der GKV in Konflikt zu geraten. Damit war die Idee einer gesundheitspolitischen Konzeption der „Solidarische Wettbewerbsordnung“ – und nicht etwa, wie bisweilen noch zu hören, eines „solidarischen Wettbewerbs“ – geboren, deren Begriffsname 1993 vom derzeitigen Vorstandsvorsitzenden der DAK-Gesundheit, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, geprägt wurde.

Analog zur Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft sollte sie einen Ordnungsrahmen bilden, der inhaltlich „Solidarität und Wettbewerb“ funktional miteinander vereinbar macht und formal als verbindliches Leitbild zur wettbewerbsorientierten Gestaltung und Weiterentwicklung der GKV dient. Ein vielversprechender Anfang dazu war jedenfalls mit dem Manifest der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen von 1994 gemacht, das seiner Farbe wegen als „Ochsenblutbroschüre“ in die Annalen eingegangen ist. Unter dem Titel: „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Gesetzliche Krankenversicherung“ schwenkte jedenfalls auch die GKV-Selbstverwaltung auf den neuen reformpolitischen Kurs der Parlamentsmehrheit ein und leistete damit vorbildliche konzeptionelle Vorarbeit, die im Kern auch heute noch Gültigkeit beanspruchen kann.

Mehr als 20 Jahre nach Lahnstein und GSG schien es den Herausgebern und Autoren des vorliegenden Sammelbandes an der Zeit, einmal systematisch der Frage nachzugehen, was aus der ordnungsökonomisch gesehen damals wie heute notwendigen und mit großem Elan im parteipolitischen Konsens begonnenen wettbewerblichen Öffnung des GKV-Systems geworden ist. Wie stellt sich im kritischen Rückblick die Genese der Solidarischen Wettbewerbsordnung dar? Wel-

ches sind ihre konstitutiven Prinzipien? Wie lassen sich diese institutionenökonomisch begründen und politisch rechtfertigen? In welchen Bereichen und mit welchen Ergebnissen wurde die Konzeption umgesetzt? Was ist vorangekommen, was ist warum stecken geblieben? Wie hat sich der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt, wie auf dem Leistungsmarkt entwickelt? Inwieweit erfüllt der Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung seine wettbewerbssichernde Funktion? Sind die Selektivverträge als ihr „ökonomischer Kern“ adäquat konditioniert? Mangelt es an funktionellen Rahmenbedingungen oder am politischen Willen zur weitergehenden Durchsetzung des Wettbewerbs? Wo sind noch offene Reformbaustellen? Und schließlich: Hat nach 20 Jahren Reformpolitik im Stil der „Echternacher Springprozeession“ der Wettbewerb überhaupt noch eine Chance?

Die Konzeption der Solidarischen Wettbewerbsordnung und ihre praktische Umsetzung derart auf den Prüfstand zu stellen, erfordert nicht nur ein breites ordnungs- und gesundheitsökonomisches Fundament, sondern auch ein tiefes institutionelles Wissen, gepaart mit verlässlichen historischen Kenntnissen und Erfahrungen. Die Herausgeber haben sich deshalb bemüht, für die einzelnen Themenkomplexe Experten zu gewinnen, die als Wissenschaftler oder Praktiker aus verschiedenen Fachrichtungen für ein wettbewerblich ausgestaltetes GKV-System unter Wahrung des für eine Soziale Krankenversicherung konstitutiven Solidarprinzips stehen. Erfreulicherweise haben sich nicht nur Zeitzeugen des konzeptionellen Umbruchs, sondern auch Ratgeber im anhaltenden Reformprozess motivieren lassen, an dieser Bestandsaufnahme mitzuwirken. Hierfür möchten sich die Herausgeber vielmals bedanken.

Bedanken möchten sich die Herausgeber aber auch bei der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) e. V., namentlich bei ihrem derzeitigen Vorsitzenden, Prof. Dr. Jürgen Wasem, auf dessen Fürsprache hin sie die Drucklegung des vorliegenden Bandes finanziell unterstützt hat. Dies war möglich, weil die Idee zu diesem Projekt im Ausschuss für Krankenversicherung der dggö entstanden ist und durch dessen Vorsitzende, Dr. Christoph Vauth (2010-2013) und Prof. Dr. Jürgen Zerth (seit 2013), sowie die Teilnehmer verschiedener Ausschusssitzungen inhaltlich und organisatorisch gefördert wurde. Dank gebührt schließlich auch dem medhochzwei Verlag, Heidelberg, der den Sammelband gerne in seine Reihe „Gesundheitsmarkt in der Praxis“ aufgenommen und geduldig auf das Manuskript gewartet hat.

Duisburg, Berlin, Bremen, Fürth
im Februar 2014

Dieter Cassel
Klaus Jacobs
Christoph Vauth
Jürgen Zerth