ISSN 2942-2566
D 24953
15. Jahrgang

WELT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

5/2026

Forum für Kooperation, Innovation und die Zukunft des Gesundheitssystems

AUSGABE DES BEITRAGS:

"Nicht nur Kliniken:
Auch die Krankenkassen brauchen eine Strukturreform"

Prof. Dr. Andreas Beivers

- Strukturreform
- Adipositas
- Psychokardiologie
- Versorgung bei Krebs
- Kinderschutz vor Übergriffen
- Nondualität
- Neu + Nützlich

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

Der Herausgeberbeirat: Prof. Dr. Vera Antonia Büchner | Andrea Galle | Dr. Gerald Gaß | Roland Engehausen | Dr. Isabella Erb-Herrmann | Prof. Dr. Lutz Hager | Christian Heerdt | Sandra Postel | Ulrich Langenberg | Dr. Marc-Pierre Möll | Dr. Uwe K. Preusker | Dr. Florian Reuther | Andreas Storm

www.welt-der-gesundheitsversorgung.de

medhochzwei

Inhalt

193 **Prolog:** In seinem Prolog hält Herausgeber Rolf Stuppardt echte Strukturreformen für überfällig, weil das bisher auf den Weg Gebrachte in der Tradition der alten Kostendämpfungs- und Leistungskürzungsgesetze nichts bringen wird. Es müssen die Ursachen von Ineffektivität angegangen werden: das segmentierte System und seine menschenfernen Prozesse. Zudem muss der Gesundheitserhalt stärker in den Fokus rücken.

197 **Nicht nur Kliniken: Auch die Krankenkassen brauchen eine Strukturreform**
Die Krankenhausreform ordnet die Versorgungslandschaft neu. Doch wer moderne Versorgung will, darf die Krankenkassen nicht ausklammern. Sie müssen künftig digitaler, krisenfester und steuerungsfähiger werden. Ob das gelingt, sollte nicht allein an ihrer Größe, sondern an nachweisbaren Fähigkeiten und klarer Verantwortung gemessen werden. *Prof. Dr. Andreas Beivers* beleuchtet das differenziert.

202 **Mehr Hilfe zur Selbsthilfe bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter**
Bei Kindern und Jugendlichen ist das Körpergewicht über die Jahre zunehmend zu einem ernst zu nehmenden gesundheitlichen Problem geworden. *Dr. Mark Dankhoff* hat gerade frisch im September einen recht Praxis orientierten Ratgeber veröffentlicht und wir haben ihn gebeten, die Essentials der Hintergründe einmal für uns aufzuschreiben.

207 **Psychokardiologie – das fehlende Bindeglied in der Herzversorgung**
Die interdisziplinäre und integrierende Sichtweise medizinischer Versorgung nimmt erfreulicherweise immer mehr zu. Gesundheitliche Versorgung muss durchlässig und friktionsfrei menschenorientiert sein. Was das für die wichtige Herzversorgung mit Blick auch auf die Psychokardiologie bedeutet, schildert *PD Dr. med. Roland Prondzinsky* an einem fiktiven, aber durchaus realistischen Fall und zeigt zudem eine zentrale Versorgungslücke auf. Wertvoll auch die abschließende Übersicht über Versorgungsphasen, Zuständigkeiten und Brüche.

213 **Wenn die Krebsbehandlung vorbei ist – über eine Zeit, in der man gesund aussieht und sich trotzdem nicht gesund fühlt**
Medizinisch gesehen laufen Krebsbehandlungen in Deutschland oft sehr leitlinientreu und qualitätsgesichert ab. Nach dem erfolgreichen Abschluss der akuten Behandlung ist jedoch auch gesundheitlich und menschlich nicht alles abgeschlossen, was mit der Erkrankung verbunden ist. Dr. med. Antje Petershagen reflektiert dies vor dem Hintergrund ihrer therapeutischen und eigenen Betroffenenerfahrung und richtet den Blick dabei auch auf Versorgungsprozesse in Skandinavien. Sie zeigt, warum die Begleitung von Menschen mit Krebs über die eigentliche medizinische Behandlung hinaus als Teil der Krebsversorgung verstanden werden sollte.

218 **Die Chat-Ampel & Der Klartext Scanner – Wie semiotische Barrierefreiheit und leichte Sprache Kinder vor digitaler Grenzverletzung schützen**
Während die Expertenkommission der Bundesregierung ein umfangreiches Paket zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Netz plant, ist uns eine Initiative von Fiona Harms aufgefallen, die Eltern, Kinder und Jugendliche dabei mit einer Chat-Ampel ganz praktisch unterstützt. Mehr als eine Million Kinder nutzen Online-Plattformen wie Instagram und TikTok auf problematische Weise. Auch die DAK hatte festgestellt, dass etliche davon bereits ein deutliches Suchtverhalten zeigen. Fiona Harms stellt hier die Tools vor, die sie vor Übergriffen bewahren sollen. Wir finden das vorbildlich.

222 **Die Wirklichkeit der Nondualität – eine Forschungsreise durch Medizin, Wissenschaft, Philosophie und Weisheit**
In ihrem Gastbeitrag beleuchtet *Kati Voß* den verlorenen Zusammenhang in der jahrtausendealten Frage nach dem Wesen des Lebens. Dabei nimmt sie uns mit auf eine Reise durch Medizin, Wissenschaft, Philosophie und Weisheit mit der Absicht, ob sich hier eine gemeinsame Wirklichkeit erkennen lässt, in der Gesundheit, Krankheit, Bewusstsein, Beziehung

und Leben keine voneinander getrennten Phänomene darstellen, sondern unterschiedliche Ausdrucksformen eines einzigen lebendigen Geschehens sind.

230 **DiVerso (Digitales Versorgungsnetz) – der Kompass durch das Labyrinth der Hilfsangebote**
Wie das Gesundheitsamt Treptow-Köpenick in Berlin Ämter, medizinische Einrichtungen und Beratungsstellen digital vernetzt – für Menschen in schwierigen Lebenslagen über Institutionsgrenzen hinweg. Welche der rund 1.500 Hilfsangebote im Bezirk könnte jeweils passen und genau in dieser besonderen Konstellation helfen? Das weiß in diesem Moment niemand so genau – auch die erfahrenste Fachkraft nicht. Genau hier setzt DiVerso an und findet passende Angebote, ohne dass die beratende Person vorher genau wissen muss, wonach sie eigentlich sucht.

236 **Innovatives Modellprojekt „Familienorientierte Erwachsenenrehabilitation bei psychisch Erkrankten" (FER) – FERSorgung neu und systemisch gestalten**
Inzwischen ist die Psychosomatik die zweithäufigste Indikation für eine Rehabilitationsleistung der Deutschen Rentenversicherung. Das innovative Modellprojekt FER im Rahmen des Bundesprogramms rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales versucht bestehende Versorgungslücken zu schließen: Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit einer medizinischen psychosomatischen Rehabilitation eines Elternteils wird das gesamte Familiensystem in das Therapiekonzept miteinbezogen.

Medientipps 239

Epilog & Impressum 240

Wie können Beschäftigte auch in der zweiten Hälfte des Berufslebens gesund und zufrieden arbeiten?

Der Gesundheitsreport 2026 der DAK-Gesundheit untersucht die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten ab 50 Jahren und fragt nach förderlichen wie hemmenden Faktoren für eine langfristige Erwerbstätigkeit.

Grundlage ist eine repräsentative Erwerbstätigenbefragung, die Einblicke in Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Rentenpläne, Teilzeit und Carearbeit gibt. Auch die neu eingeführte Aktivrente wird einbezogen.

Einschätzungen von Fachleuten ergänzen die Untersuchung.

Jetzt bestellen!

Gesundheitsreport – Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Arbeiten ab 50: langfristig gesund und zufrieden
Prof Dr. Volker Nürnberg/Andreas Storm (Hrsg.)
2026 | XIV, 177 Seiten | € 29,00 | ISBN: 978-3-98800-231-0

Nicht nur Kliniken: Auch die Krankenkassen brauchen eine Strukturreform

Von Prof. Dr. Andreas Beivers, München[1]

Die Krankenhausreform ordnet die Versorgungslandschaft neu. Doch wer moderne Versorgung will, darf die Krankenkassen nicht ausklammern. Sie müssen künftig digitaler, krisenfester und steuerungsfähiger werden. Ob das gelingt, sollte nicht allein an ihrer Größe, sondern an nachweisbaren Fähigkeiten und klarer Verantwortung gemessen werden. Unser Autor beleuchtet das differenziert.

Die Krankenhausreform zeigt: Die Gesundheitspolitik ist bereit, historisch gewachsene Strukturen neu zu ordnen. Krankenhäuser sollen künftig stärker nach Qualität, Spezialisierung und Versorgungssicherheit ausgerichtet werden. Das ist richtig. Doch wer die Versorgung modernisieren will, darf nicht nur auf Kliniken, Arztpraxen und andere Leistungserbringer schauen. Auch die Krankenkassen müssen Teil dieser Debatte werden, denn gesetzliche Krankenkassen sind längst nicht mehr nur Stellen, die Beiträge einziehen und Rechnungen bezahlen. Sie sind Finanzierer, Vertragspartner, Datenhalter, digitale Zugangspunkte, Ansprechpartner für Versicherte, Akteure der Prävention und zunehmend auch Lotsen durch ein komplexes Gesundheitssystem. Gleichzeitig wachsen die Anforderungen an sie erheblich: Digitalisierung, elektronische Patientenakte, Künstliche Intelligenz, Cybersicherheit, Gesundheitsdatennutzung und eine bessere Steuerung von Patientinnen und Patienten verlangen Fähigkeiten, die nicht jede heutige Kassenstruktur automatisch vorhält.

Deutschland hatte Anfang 2026 noch 93 gesetzliche Krankenkassen. Das ist deutlich weniger als in früheren Jahrzehnten. Dennoch bleibt die Kassenlandschaft stark zersplittert. Organisatorische Eigenständigkeit bedeutet allerdings nicht, dass jede Kasse jede Leistung selbst erbringen muss. Schon heute bündeln Krankenkassen Einkauf, Datenanalysen, Vertragsmanagement oder digitale Leistungen über gemeinsame Unternehmen und Dienstleister wie die GWQ ServicePlus. So können gerade kleinere Kassen auf spezialisiertes Wissen und Skaleneffekte zugreifen, ohne zu fusionieren. Das schwächt die einfache Gleichsetzung kleiner Kassen mit Ineffizienz und großer Kassen mit Leistungsfähigkeit erheblich. Vielfalt kann Wahlfreiheit schaffen, Service verbessern und Wettbewerb ermöglichen. Die entscheidende Frage lautet deshalb weder, wie viele Krankenkassen es gibt, noch, ob jede Fähigkeit im eigenen Haus vorgehalten wird. Sie lautet: Kann jede Kasse die notwendigen Fähigkeiten dauerhaft, sicher und unter eigener Verantwortung gewährleisten?

Krankenkassen sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge

Krankenkassen sind keine gewöhnlichen Unternehmen. Sie stehen zwar im Wettbewerb, sind aber Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie erfül-

1 Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers ist Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius GmbH, Gesundheitspolitischer Sprecher der Carl Remigius Fresenius Education Group, Assoziierter Wissenschaftler am RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen

len gesetzlich übertragene Aufgaben und sind ein zentraler Bestandteil des Sozialstaats. Wenn eine Krankenkasse wegen eines Cyberangriffs, eines Dienstleisterausfalls, finanzieller Probleme oder organisatorischer Schwächen nicht mehr handlungsfähig ist, betrifft das nicht nur eine einzelne Organisation. Es betrifft Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt.

Gerade in Krisen muss sichergestellt sein, dass Leistungen bewilligt, Rechnungen bezahlt, Versicherte erreicht und Daten geschützt werden. Das gilt besonders für die IT-Sicherheit. Krankenkassen verwalten hochsensible Gesundheitsdaten. Mit der Digitalisierung steigt deren Nutzen, aber auch das Risiko des Missbrauchs. Deshalb dürfen Resilienz und Cybersicherheit nicht erst dann eine Rolle spielen, wenn eine Kasse formal unter bestimmte Schwellen der KRITIS-Regulierung fällt. Die dafür nötige Spezialkompetenz muss nicht vollständig in jeder Kasse selbst angesiedelt sein. Zukauf verlagert die Anforderungen jedoch, er beseitigt sie nicht: Die Kasse muss Dienstleister auswählen, steuern und kontrollieren, Sicherheits- und Notfallkonzepte testen sowie bei Ausfall oder Anbieterwechsel handlungsfähig bleiben. Konzentrieren sich viele Kassen auf wenige Dienstleister, kann zudem ein gemeinsames Ausfallrisiko entstehen.

Moderne Versorgung braucht moderne Kassen

Die Rolle der Krankenkassen verändert sich aber nicht nur durch Cyberrisiken allein, sondern vor allem durch die Versorgung selbst. Elektronische Patientenakte, Gesundheitsdatennutzung, digitale Anwendungen und KI eröffnen neue Möglichkeiten für Prävention, die Begleitung chronisch kranker Menschen und die Steuerung komplexer Versorgungspfade. Dafür werden Datenanalyse, medizinisches Verständnis, digitale Kommunikation und Vertragskompetenz benötigt. Auch hier können gemeinsame Dienstleister Fallzahlen, Datenkompetenz und Verhandlungsmacht bündeln. Eine kleine Kasse muss daher nicht allein über eine große Versichertenpopulation verfügen. Sie muss aber beurteilen können, welche Analysen und Verträge sinnvoll sind, wie Daten rechtmäßig und sicher genutzt werden und ob externe Lösungen tatsächlich die Versorgung verbessern. Strategische, medizinische und rechtliche Urteilskraft lässt sich nicht vollständig durch einen Einkaufsvertrag ersetzen.

Die Krankenkasse der Zukunft ist daher nicht einfach diejenige mit der auffälligsten Werbung, den meisten kleinen Zusatzleistungen oder dem kurzfristig niedrigsten Zusatzbeitrag. Entscheidend wird sein, ob sie Versorgung besser organisiert, Versicherte verständlich berät, digitale Prozesse sicher beherrscht, Gesundheitsdaten verantwortungsvoll nutzt und Prävention wirksam macht.

Wettbewerb allein reicht nicht aus

Natürlich gibt es bereits heute Kassenfusionen. Krankenkassen können sich freiwillig zusammenschließen, wenn ihre Verwaltungsräte dies beschließen und die zuständige Aufsicht zustimmt. Die Zahl der Kassen sinkt also seit Jahrzehnten. Aber sie sinkt nicht nach einem klaren Zielbild. Genau darin liegt das Problem. Der heutige Wettbewerb belohnt nicht automatisch jene Fähigkeiten, die für die Zukunft entscheidend sind. Versicherte können kaum beurteilen, wie gut die IT-Sicherheit ihrer Krankenkasse ist, ob Notfallkonzepte getestet wurden, wie abhängig eine Kasse von einzelnen Dienstleistern ist oder ob sie über eine belastbare Datenstrategie verfügt. Sichtbarer sind Beitragssatz, Bonusprogramme, Erreichbarkeit und Service. Das ist wichtig, aber es reicht nicht. Auch der Risikostrukturausgleich löst dieses Problem nicht. Er ist notwendig, damit Kassen mit vielen kranken Versicherten nicht benachteiligt werden. Er schafft fairere finanzielle Wettbewerbsbedingungen. Aber er garantiert keine digitale Leistungsfähigkeit, keine gute Cybersicherheit und keine moderne Versorgungssteuerung. Deshalb braucht Wettbewerb einen neuen Rahmen. Er sollte dort stattfinden, wo Versicherte tatsächlich profitieren: bei Beratungsqualität, digitalem Zugang, Prävention, Versorgungspfaden, regionalen Angeboten, schneller Bearbeitung und verlässlicher Unterstützung. Zuvor aber müssen alle Krankenkassen grundlegende Mindestfähigkeiten erfüllen.

Weniger Doppelstrukturen, mehr Leistungsfähigkeit

Eine Reform der Kassenlandschaft darf nicht so verstanden werden, als ließen sich die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung allein durch weniger Krankenkassen lösen. Die großen Kostentreiber liegen in der Versorgung. Auch bedeuten 93 eigenständige Kassen nicht automatisch 93 vollständige Kopien aller IT-, Daten- oder Vertragsstrukturen; vieles wird bereits gemeinsam organisiert oder eingekauft. Die durch Fusionen erzielbaren Verwaltungseinsparungen sind deshalb kleiner, als die bloße Kassenzahl vermuten lässt. Gleichwohl bleiben getrennte Leitungs-, Haushalts- und Aufsichtsstrukturen, Schnittstellen und Verantwortlichkeiten. Eine moderne GKV muss daher unterscheiden zwischen Vielfalt, die Versicherten nutzt, und Komplexität, die Steuerung, Resilienz und Wirtschaftlichkeit schwächt.

Das Ziel sollte deshalb weder maximale Zentralisierung noch eine politisch gesetzte Wunschzahl sein. Es sollte lauten: unnötige Doppelstrukturen abbauen, gemeinsa-

me Leistungen sinnvoll bündeln und zugleich klare Steuerungs- und Verantwortungsfähigkeit jeder Kasse sichern. Wettbewerb soll nicht abgeschafft, sondern auf eine tragfähigere Grundlage gestellt werden.

Mindestfähigkeiten – intern, gemeinsam oder zugekauft

Eine Reform sollte deshalb mit einem verbindlichen, ergebnisorientierten Fähigkeitskatalog beginnen. Er sollte nicht vorschreiben, wie viele Spezialisten eine Kasse selbst beschäftigen muss, sondern welche Leistungen und Sicherheitsniveaus sie nachweisbar gewährleisten kann. Dazu gehören Cybersicherheit, Krisenfestigkeit, digitale Leistungsfähigkeit, Daten- und KI-Kompetenz, Versorgungssteuerung, Vertragsmanagement, finanzielle Stabilität und verständliche Kommunikation. Der Nachweis könnte durch Eigenleistung, eine kontrollierte Kassengemeinschaft oder qualifizierte externe Dienstleister erbracht werden. Unverzichtbar bleiben aber eigene Fähigkeiten zur strategischen Entscheidung, zur Dienstleistersteuerung, zur Qualitäts- und Risikokontrolle sowie für Notbetrieb und Anbieterwechsel.

Dieser organisatorischen Freiheit setzt das Sozialrecht Grenzen. Krankenkassen dürfen nach § 30 SGB IV nur Geschäfte zur Erfüllung gesetzlich vorgeschriebener oder zugelassener Aufgaben führen. § 197 b SGB V erlaubt die Aufgabenerledigung durch Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nur unter Wirtschaftlichkeits-, Interessen- und Schutzvoraussetzungen; wesentliche Aufgaben zur Versorgung dürfen nicht an externe Dritte ausgelagert werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Aufsichtspraxis des Bundesamts für Soziale Sicherung zählen insbesondere einzelfallbezogene Leistungsentscheidungen und individuelle sozialrechtliche Beratung zu diesen Kernaufgaben (BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019, B 1 A 3/19 R). Auch bei zulässigem Outsourcing bleibt die Kasse verantwortlich und muss Auskunfts-, Prüfungs- und Weisungsrechte sichern (§§ 89, 97 SGB X).

Für Sozialdaten gelten zusätzlich § 80 SGB X und die Datenschutz-Grundverordnung; als öffentliche Auftraggeber müssen Krankenkassen zudem das Vergaberecht beachten.

Für die Reform folgt daraus ein dreistufiger Nachweis: Erstens gelten für alle Kassen dieselben Ergebnisstandards. Zweitens bleibt offen, ob die jeweilige Fähigkeit intern, gemeinsam oder durch einen Dienstleister erbracht wird. Drittens muss jede Kasse ihre nicht übertragbaren Eigenkompetenzen, Steuerungsfähigkeit, Notfallvorsorge und Ausstiegsoptionen belegen. Eine Mindestgröße wäre damit kein starres Zulassungskriterium, sondern allenfalls ein widerlegbares Indiz für organisatorische Robustheit. Kleine Kassen könnten eigenständig bleiben, wenn sie gleichwertige Leistungsfähigkeit nachweisen; andernfalls wären verbindlichere Kooperationen oder Fusionen folgerichtig. Das schützt die Vielfalt, ohne die Selbstverwaltung von nachprüfbaren Standards zu entbinden.

Auch die Rechtsaufsicht gehört auf den Prüfstand

Eine solche Reform muss auch die Aufsicht neu betrachten. Heute unterliegen bundesunmittelbare Krankenkassen der Rechtsaufsicht des Bundesamts für Soziale Sicherung, also des früheren Bundesversicherungsamts. Regional tätige Kassen werden dagegen von den zuständigen Landesministerien beaufsichtigt. Diese Aufteilung ist historisch gewachsen, passt aber nur begrenzt zu einer GKV, deren Herausforderungen zunehmend bundesweit, digital und sicherheitsrelevant sind. Deshalb sollte geprüft werden, ob die Rechtsaufsicht stärker vereinheitlicht werden muss. Es geht dabei nicht darum, regionale Besonderheiten zu ignorieren. Im Gegenteil: Regionale Versorgungsverträge und regionale Versorgungslösungen bleiben wichtig und sollten auch regional geprüft werden. Aber bundeseinheitliche Anforderungen an Finanzstabilität, Cybersicherheit, Datenkompetenz, Resilienz und Mindestfähigkeiten sollten auch einheitlich überprüft werden. Gleiche Anforderungen brauchen vergleichbare Aufsichtsmaßstäbe.

Gerade wenn Krankenkassen künftig stärker nach Fähigkeiten beurteilt werden, darf es keine unterschiedlichen Standards geben, je nachdem, ob eine Kasse bundesweit oder regional geöffnet ist. Eine modernisierte Rechtsaufsicht könnte dafür sorgen, dass Wettbewerb fair bleibt und zugleich regionale Gestaltungsspielräume erhalten werden.

Staatlicher Eingriff ist legitim

Krankenkassen sind keine Unternehmen wie andere – sie sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 4 SGB V). Dabei agieren sie zwar wettbewerblich, erfüllen aber zugleich gesetzlich zugewiesene öffentliche Aufgaben. Ein staatlicher Eingriff in die Kassenstruktur wäre daher kein Fremdkörper. Der Staat legt Aufgaben, Finanzierung, Aufsicht, Wahlrechte, Rücklagen, Risikostrukturausgleich und Fusionsregeln fest. Wenn der Gesetzgeber Krankenhäusern neue Strukturvorgaben gestaltet, weil Qualität und Versorgungssicherheit dies verlangen, kann er auch Krankenkassen neue Vorgaben machen, wenn Resilienz, Digitalisierung und Versorgungssteuerung dies erfordern.

Wichtig ist allerdings, dass eine solche Reform klug gestaltet wird. Eine Konzentration der Kassenlandschaft darf nicht zu Monopolen führen. Versicherte müssen weiterhin echte Wahlmöglichkeiten haben. Außerdem dürfen Fusionen keine „Bad Banks" erzeugen. Finanzielle Altlasten, IT-Schulden, Pensionsverpflichtungen, schlechte Risikostrukturen oder organisatorische Probleme dürfen nicht ungeordnet auf andere Kassen übertragen werden. Vor größeren Zusammenschlüssen braucht es daher transparente Konsolidierungsbilanzen und klare Übergangsregeln.

Jetzt die Kassenstrukturreform vorbereiten

Die Reform der Versorgungslandschaft bleibt unvollständig, wenn die organisatorischen Voraussetzungen auf Kassenseite nicht mitgedacht werden. Eine moderne Versorgung braucht moderne Kostenträger. Die notwendigen Fähigkeiten können intern, gemeinsam oder extern organisiert werden. Eine geringere Zahl von Krankenkassen wäre daher kein Selbstzweck und auch nicht zwingend das einzige Ergebnis. Sie könnte dort die Folge sein, wo weder Eigenleistung noch Kooperation oder Zukauf eine dauerhaft robuste und verantwortbare Lösung schaffen. Forderungen nach einer konkreten Kassenzahl sind daher nicht zielführend, wenn auch eine spürbare Reduktion erwartbar ist. Der Wettbewerb der Zukunft sollte zwischen leistungsfähigen, sicheren und versorgungsorientierten Kassen stattfinden, die für Versicherte echten Mehrwert schaffen.

Die FinanzKommission Gesundheit sollte deshalb ausdrücklich prüfen, welche Fähigkeitsarchitektur Deutschland für die kommenden Jahrzehnte braucht. Dazu gehören Mindeststandards, ein belastbarer Gleichwertigkeitsnachweis für Kooperation und Zukauf, Grenzen der Auslagerung, Anforderungen an Dienstleistersteuerung und Ausstiegsfähigkeit, mögliche Mindestgrößen, Fusionsregeln, Schutz vor Anbieter- und Systemrisiken, Rücklagenfragen, die Rolle der Selbstverwaltung und eine modernisierte Rechtsaufsicht.

Die Krankenhausreform hat gezeigt, dass Gesundheitspolitik bereit ist, gewachsene Strukturen an neuen Anforderungen zu messen. Dieselbe Konsequenz braucht es nun bei den Krankenkassen. Die entscheidende Frage ist nicht, ob die GKV weniger Vielfalt braucht. Sie lautet, wie Wettbewerb, Kooperation und Zukauf so geordnet werden, dass Kassen über unverzichtbare Fähigkeiten verfügen und die Verantwortung gegenüber den Versicherten eindeutig bleibt.

Prof. Dr. Andreas Beivers

Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius GmbH