

Peter Oberender, Jürgen Zerth

# Der Gesundheitsfonds und die Implikationen für den Kassenwettbewerb

*Seit Jahresbeginn ist der Gesundheitsfonds aktiv. Er steht als Kernstück der jüngsten Gesundheitsreform im Mittelpunkt einer breitgefächerten Kritik. Welche Auswirkungen hat er auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen? Inwieweit unterliegt der Gesundheitsmarkt der Wettbewerbsregulierung?*

Wird die (fach-)ärztliche Versorgung durch den Gesundheitsfonds bedroht oder entwickelt sich gar ein kassenzentriertes Gesundheitswesen, das kaum mehr Wettbewerb zulässt? Derartige Befürchtungen wurden in der veröffentlichten Meinung in der jüngsten Zeit artikuliert. Gerade die Sorge, dass der Gesundheitsfonds als „Standardisierungsinstrument“ nur ein Zwischenschritt zu einer vereinheitlichten Gesundheitsversorgung ist, hat den Fonds und damit das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, wie das jüngste Gesundheitsreformgesetz heißt, von Beginn an begleitet. Der seit Jahresbeginn arbeitende Gesundheitsfonds fordert aus einem wettbewerbsökonomischen Blickwinkel gerade zur Überprüfung heraus, welche Auswirkungen auf die relevanten Beteiligten im versicherungszentrierten deutschen Gesundheitssystem zu erwarten sind.

Dies soll Gegenstand der weiteren Ausführungen sein. Zwei anfängliche Einschränkungen sollen dabei festgehalten werden. Zunächst soll die Diskussion in der weiteren Betrachtung am gegebenen Gesundheitsfonds ansetzen und alternative Gestaltungsoptionen für das deutsche Gesundheitswesen, die es in prominenter Zahl gibt, nicht weiter betrachten.<sup>1</sup> Weiterhin gilt das Interesse den Auswirkungen auf den Wettbewerb infolge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Der Gesundheitsfonds selbst ist nur ein Teil dieser Entwicklung und gleichwohl ein originärer Baustein lediglich der finanzierungsseitigen Organisation der künftigen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Betrachtung bliebe aber unvollständig,

wenn auf die Implikationen für den Versorgungswettbewerb, d.h. die Organisationsbeziehung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen, nicht näher eingegangen wird.

Die nachfolgende Betrachtung gliedert sich in zwei grundsätzliche Themenfelder. Beginnend mit der unmittelbaren Wirkung des Fonds auf den Versicherungswettbewerb folgt daraufhin die Auseinandersetzung mit dem Versorgungswettbewerb, der das Beziehungsgeflecht zwischen Kostenträger und Leistungserbringer umschreibt. Zu guter Letzt ist der Patient das Ziel jedes Gesundheitssystems, gleichwohl gilt es zunächst, die Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die wesentlichen Gesundheitsagenten des Patienten zu analysieren. Abschließend soll diskutiert werden, ob das Ziel einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen, die durch den Gesundheitsfonds flankiert wird, mit den Elementen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes bereits erreicht worden ist.

## Implikationen für eine Gesundheitspolitik nach dem Gesundheitsfonds

Im deutschen Fondsmodell gemäß dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bleiben die bisherigen Versicherungsverhältnisse erhalten – sowohl in der GKV als auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV).<sup>2</sup> Somit gelten die Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze, die entscheidende Bemessungsgrundlage bleibt zunächst weiterhin das Einkommen. Als Schritt zur Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht wird zwar ein Basistarif in der PKV eingeführt. Dieser Basistarif ähnelt dem Leistungskatalog der GKV und soll erheblich günstiger sein als die bisherigen Tarife. Durch den Basistarif verändert sich

---

*Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, 68, ist Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth; Dr. Jürgen Zerth, 36, ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl Mikroökonomie und an der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie.*

<sup>1</sup> Vgl. D. Friedrich: Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung. Ein Ansatz diskursiver Politikberatung zur Reform des Gesundheitswesens, Baden-Baden 2005.

<sup>2</sup> Vgl. P. Oberender, J. Zerth: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung: Perspektiven nach dem GKV-WSG, in: Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, 96. Jg. (2008), S. 202-210.

de facto die risikounabhängige Prämienkalkulation in der PKV. Dadurch entstehen die Prämienhöhungen für Bestandskunden. Die institutionelle Trennung zwischen GKV und PKV wird aber grundsätzlich nicht angetastet, gleichwohl kann festgestellt werden, dass die zunehmende Standardisierung des Privatversicherungsmodells einerseits und die wachsende Option zu Wahlleistungsmodellen und kombinierten Zusatzversicherungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen andererseits eine Ausweitung der GKV als Regelversorgung für alle Bürger zur Folge haben kann.

Unabhängig vom Verhältnis von PKV und GKV, das im Folgenden nicht weiter diskutiert werden soll, lässt sich konstatieren, dass im Fondsmodell innerhalb der GKV der Versuch zu erkennen ist, die Elemente aus der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie zu kombinieren. Wie in der Bürgerversicherung geplant, werden weiterhin lohnabhängige Beiträge erhoben, diese aber einer zentralen Verwaltungsstelle, dem Fonds, zugeführt. Der Pauschalbeitrag wird anschließend risikoadjustiert an die Krankenkassen weitergegeben. Die Risikoadjustierung soll im Rahmen einer Morbiditätsorientierung ca. 80 Krankheiten berücksichtigen. Zusätzlich ist es den Krankenkassen erlaubt, eine individuelle Zusatzprämie zu erheben, falls die Zuweisungen aus dem Fonds nicht ausreichen. Die pauschale Zusatzprämie ist jedoch auf 8 Euro begrenzt; oberhalb dieser Grenze muss eine Einkommensprüfung erfolgen. Die Zusatzprämie darf maximal 1% des versicherungspflichtigen Einkommens betragen. Der deutsche Gesundheitsfonds versucht, einen Kompromiss zwischen einem Prämienmodell und einer Steuer- und Beitragsfinanzierung herzustellen. Die Idee einer Prämienlösung, der ein stärker prezialer Steuerungsgedanke zugrunde liegt, ist aber im Lauf der gesundheitspolitischen Betrachtungen immer mehr verwässert worden.

In der ursprünglichen Motivation des Gesundheitsfonds sollte die Umverteilungsaufgabe stärker vom versicherungsökonomischen Risikoausgleich getrennt werden und über dem Umweg eines Gesundheitsfonds eine Art „Kopfpauschalensystem“ installiert werden.<sup>3</sup> Jeder Versicherte hätte aus dem Gesundheitsfonds eine Art „Gutschein“, zunächst in gleicher absoluter Höhe, erhalten und mit diesem ausgestattet die Möglichkeit gehabt, sich eine im Versicherungswettbewerb stehende Krankenversicherung, die krankenkassenbezogene Kopfprämien erhebt, auszusuchen. Mit anderen Worten wäre ein Prämienwettbewerb

bei gegebenem Regelleistungskatalog möglich gewesen. Dieser Effekt wurde aber dahingehend verändert, dass die Versicherten nun grundsätzlich keine Möglichkeit mehr erhalten, einen Preis-Leistungs-Vergleich über die Prämie wahrzunehmen, sondern die Krankenkassen eine einheitliche Pauschalsumme pro Versicherten adjustiert über einen im Fonds integrierten Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommen. Dieser auf den ersten Blick kleine Unterschied macht aber die Verschiebung für den Versicherungswettbewerb deutlich. Wohingegen bei der „Gutscheinlösung“ die Krankenversicherungen einen Prämien- und einen Leistungswettbewerb hätten nutzen können, führt das System des Gesundheitsfonds zunächst dazu, dass bei gegebener Erlösgröße pro Versichertem die relevanten Aktionsparameter einer Krankenversicherung primär im Leistungs- und Kostenbereich zu finden sind.

### Risikostrukturausgleich

Daneben führt die Integration des projektierten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit 50 bis 80 auszugleichenden Erkrankungen in den Gesundheitsfonds unter Umständen zu einer weiteren Nivellierung des Krankenversicherungswettbewerbs. Dabei ist zunächst auf die Grundidee eines Risikostrukturausgleichs einzugehen. Gelänge es den Kassen bei einem perfekten Risikostrukturausgleich das Ausgabenrisiko vollständig abzubilden, so wären schlechte Risiken aus Sicht der Krankenkasse gar keine schlechten Risiken mehr und die Kasse könnte sich lediglich auf das Leistungsmanagement für ihre Versicherten konzentrieren. Um das Risiko besser abbilden zu können, will ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich kleinere homogene Risikogruppen als bisher über Einkommen und Alter bilden. Morbiditätsorientierte Kriterien lassen sich jedoch ohne entsprechende Willkür nicht eindeutig abbilden.

Die Erfahrungen aus der Diskussion entsprechender Morbiditätskriterien aus den USA zeigen, dass diagnosebezogene Daten besser in der Lage sind, Morbiditätsstrukturen darzustellen als beispielsweise Daten aus Therapieprozessen oder gar Arzneimitteldaten. Gleichwohl darf daher nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, mit einem auf Diagnosedaten bezogenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sei eine bessere Abbildung der Morbidität, insbesondere bezüglich als chronisch angesehener Erkrankungen, gelungen, und damit eine Annäherung an die Idee einer Quasi-Risikoäquivalenz geschafft.

Wenn man die systemimmanente Logik des Risikostrukturausgleichs ernst nimmt, ist eine Hinwendung

<sup>3</sup> Vgl. dazu Wolfram F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693-697.

zur Morbidität zwar sinnvoll, jedoch muss beachtet werden, dass gesundheitsökonomisch und gesundheitspolitisch nicht die Morbidität entscheidend ist, sondern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ziel des Risikostrukturausgleichs ist es, Risikoselektion zu unterbinden. Dies ist aber insofern fragwürdig, als es inzwischen unumstritten ist, dass der Risikostrukturausgleich Anreize zur Risikoselektion nicht endgültig vermeiden hilft, sondern nur abmildert.<sup>4</sup> Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn es einzelnen Kassen gelingt, eine feinere Risikounterscheidung vorzunehmen, als es durch die weiteren nur unvollständigen Ausgleichsparameter des Risikostrukturausgleichs gewährleistet ist.

Im Krankenversicherungswettbewerb sollte aus theoretischer Sicht jede Krankenversicherung versuchen, den potenziellen Erwartungsschaden pro Versichertem durch entsprechende Risikoteilungsmaßnahmen zu lösen. In der traditionellen Versicherungstheorie kann die Risikoteilung sowohl im Versicherungsmarkt über die Ausgestaltung der Prämie als auch im Versorgungsmarkt über die Ausgestaltung der Leistungsansprüche bzw. die Umsetzung der Leistungsansprüche organisiert werden.<sup>5</sup> Je mehr die erste Option homogenisiert wird, wie es durch den Gesundheitsfonds intendiert ist, desto größer wird der Druck, die Risikoteilung auf den Versorgungsmarkt zu verschieben. Diese Einschätzung wird durch die Möglichkeit eines Zusatzbeitrags, der kassenindividuell erhoben werden kann, nicht elementar verschoben, da dieser von den Krankenkassen insbesondere dann erhoben werden muss, wenn sie mit den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Finanzierungsmitteln nicht auskommen. Darüber hinaus ist die potenzielle Höhe des Zusatzbeitrags auf maximal 1% der beitragspflichtigen Einnahmen eines Versicherten begrenzt. Genau diese Begrenzung lässt jedoch indirekte Risikoselektionsaktivitäten möglich werden. Sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen bei einer Krankenversicherung niedrig und ist die Versichertenmorbidität hoch, so steigt zunächst die Wahrscheinlichkeit, dass sie einen hohen Zusatzbeitrag erheben muss.

### Implikationen für die Leistungserbringung

Wie Richter herausarbeitet, zeichnet sich das wettbewerbliche Umfeld für die Krankenversicherungen

<sup>4</sup> Vgl. dazu beispielsweise P. Oberender, J. Zerth: Anreizwirkungen des RSA in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem, in: N. Klusen, C. Straub, A. Meusch (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden 2005, S. 37-49.

<sup>5</sup> Vgl. zur Anatomie des Versicherungsmarktes u.a. D. Cutler, R. Zeckhauser: The Anatomy of Health Insurance, in: A. Culyer, J. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, 1A (2000), S. 563-643.

nach Einführung des GKV-WSG durch zwei Tendenzen aus, die gegenläufig wirken können.<sup>6</sup> Einerseits wird das bisherige kollektivvertragliche System, das Leistungs- und Organisationsstrukturen weitgehend „einheitlich und gemeinsam“ angeboten hat, noch weiter gelockert. Die Möglichkeiten zu Integrationsverträgen und anderen Formen selektiver Vertragsmaßnahmen der Krankenversicherungen wie sie durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) bereits 2004 eröffnet wurden, sollen fortentwickelt werden. Darüber hinaus gibt es mit der Entwicklung eines einheitlichen Spitzenverbands „Bund“ auf Kassenebene ein neues einheitliches Organisationsmodell, das dem Prinzip dezentraler Wettbewerbsprozesse im Wege steht.

Auch die Regelungen zur Wettbewerbsordnung sind eher als inkonsistent zu beurteilen. So wird zwar generell der potenzielle Vorrang des § 69 SGB V gegenüber dem Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) eingeschränkt und damit das Wettbewerbsrecht formal gestärkt, aber nur dahingehend, dass die allgemeinen Normen des GWB zu Missbrauch und Fusionskontrolle (§§ 19-21 GWB) zwar auch im Gesundheitswesen gelten würden, Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden aber von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ausgeschlossen sind, soweit die Kassen zum Abschluss der Verträge gesetzlich verpflichtet sind bzw. bei Nichtzustandekommen einer Einigung ein Schiedsamt notwendig ist. Was zunächst wie eine Konkretisierung des gesetzlichen Ziels der Umsetzung der Regelversorgung aussieht, vernachlässigt aber die Veränderungen im Umsetzungsziel der Gesundheitsversorgung, die in den letzten Jahren eingetreten ist.

Möschel verweist beispielsweise darauf, dass die Versuche ordnungsökonomisch scheitern müssen, soziale Sicherungssysteme als Ausnahmbereich vom allgemeinen Wettbewerbsrecht anzusehen, je mehr wettbewerbliche Elemente in sozialen Sicherungssystemen Einzug halten.<sup>7</sup> Auch beim gesundheitspolitischen Leitbild einer „solidarischen Wettbewerbsord-

<sup>6</sup> Vgl. W. Richter: Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Ein Ausblick, in: H. Adam u.a. (Hrsg.): Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Baden-Baden 2007, S. 267-277.

<sup>7</sup> Vgl. W. Möschel: Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für Krankenkassen, wenn der Sicherstellungsauftrag auf die Kassen übergeht?, in: MedR, 3 (2003), S. 133-136. Vgl. auch zur ökonomischen Einordnung einer Wettbewerbsordnung P. Oberender, J. Zerth: Weshalb das Gesundheitswesen ein Kartellrecht braucht: ein Plädoyer für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen, in: V. Ulrich, W. Ried (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden 2007, S. 389-410.

nung“ gilt, dass dies bewusst die Gemeinwohlförderung durch den Wettbewerbsprozess und nicht mehr durch hoheitliche Anspruchsrechte erreichen will. Folglich sind wettbewerbsrechtliche Fragestellungen zu berücksichtigen.

Wie bereits gezeigt wurde, steigt gerade durch den Fonds der Anreiz, die Erwartungskosten pro Versicherten über Maßnahmen der Leistungssteuerung zu erreichen. Mit anderen Worten sind nun die Möglichkeiten für die Krankenversicherungen, durch selektive Verträge mit Leistungserbringern, Rabattverträgen oder Hausarztverträgen Effizienzvorteile zu generieren, gewachsen. Die Frage bleibt nun offen, in welche Richtung der Effizienzprozess sich entwickeln wird.

### Eine wettbewerbliche Synthese

Das Modell des Gesundheitsfonds nimmt keine Stellung zur zukünftigen Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses, sondern verbleibt als Kompromisslösung, die jederzeit zu einer Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie umgebaut werden kann und daher konsensfähig ist. Problematisch ist die Einordnung der Zusatzprämie im Fondsmodell.<sup>8</sup> Da diese nur erhoben werden kann, wenn die finanziellen Mittel aus dem Fonds nicht ausreichen, wird eine Krankenversicherung kein großes Interesse haben, eine Zusatzprämie zu verlangen. Gleichwohl kann der Fonds, trotz der hohen Regulierungsdichte, die insbesondere den Kern einer Regulierungsspirale in sich trägt, den Kassenwettbewerb versorgungsseitig auch positiv beeinflussen. Dies geschieht dann, wenn die Kassen infolge des „Einfrierens“ des Aktionsparameters „Beitragssatz“ versuchen, auf andere Aktionsparameter im Leistungs- und Versorgungskontext auszuweichen. Beispielsweise können durch Selektiv- und Rabattverträge Möglichkeiten gesucht werden, sich von anderen Kassen zu differenzieren. Durch die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat eine Kasse darüber hinaus ein wachsendes Interesse daran, Soll- mit Istkosten bezogen auf eine definierte Versichertenkohorte zu optimieren.

Der Anreiz, Versorgungsangebote für spezielle Versichertenpopulationen einzuführen, steigt, wenn die Kasse antizipieren kann, dass ihre Istkosten niedriger liegen als der Sollerstattungsbetrag aus dem morbiditätsadäquaten Risikostrukturausgleich. Es gilt festzuhalten, dass die Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen im Versicherungs- und Versorgungswettbewerb von entscheidender Bedeutung sein

werden, um einen tatsächlichen Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zu ermöglichen. Solange beispielsweise Krankenversicherungen durch das Sozialrecht nicht als Unternehmen betrachtet werden, Leistungserbringer jedoch schon, sind Verzerrungseffekte im Wettbewerbsgeschehen zu erwarten. In diesem Sinne wettbewerbsstörend ist die Verpflichtung durch den Gesetzgeber an die Kassen, Hausarztverträge anbieten und mit dem Verband abschließen zu müssen, der in einer Versorgungsregion einen dominierenden Mitgliederstand an Ärzten hat. Vor diesem Hintergrund kann die Einführung des Gesundheitsfonds wettbewerbslich als ambivalent betrachtet werden. Gleichwohl besteht ein Anreiz für die Kassen, kostendämpfende Maßnahmen zu bevorzugen. Gerade dann, wenn neue Versorgungsangebote wie etwa Integrationsverträge kurz- bis mittelfristig keinen Rationalisierungseffekt erwarten lassen, z.B. bei Einführung neuer innovativer Behandlungsverfahren. Und gleichzeitig die Kassen die Sorge haben müssen, dass höherwertige Versorgungsleistungen zunächst nicht durch höhere Prämien gegenfinanziert werden können bzw. diese eine „schlecht“ wirtschaftende Krankenversicherung suggerieren. Für den Patienten wird damit der Preis-Leistungs-Vergleich der Versicherungsangebote schwieriger und es wird von entscheidender Bedeutung sein, wie es gelingt, einen „Nettovorteil“ einer Kasse über die Ausgestaltung des Leistungsspektrums zu organisieren. Der Gesundheitsfonds lässt somit an dieser Stelle verschiedene Optionen zu.

Die Frage nach der wettbewerblichen Wirkung des Gesundheitsfonds ist unmittelbar mit der Fortentwicklung der Versorgungsangebote verbunden. Gerade wenn Krankenversicherungen dazu übergehen, regional mit Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren oder mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge zu schließen, spielt der Aspekt der Nachfragemacht von Krankenversicherungen eine immer wichtigere Rolle. Allgemein lässt sich festhalten, dass die Gefahr einer regionalen Nachfragemacht der Krankenversicherungen geringer sein wird, je stärker ein Wettbewerb um Versicherte zwischen den Kostenträgern zu konstatieren ist. Dies gilt insbesondere, wenn die Patienten bereit sind, Versorgungsangebote – beispielsweise durch die Fortentwicklung der Medizintechnik unterstützt – auch überregional zu substituieren. In dieser Folge sinkt zunächst die Abhängigkeit der Patienten von regionalen Leistungserbringern und abgeleitet auch die Abhängigkeit von den Kostenträgern, die mit den regionalen Leistungserbringern kontrahieren. Damit wird aber

<sup>8</sup> Vgl. P. Oberender, J. Zerth: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O.

deutlich, dass die Frage regionaler Nachfragemacht von Krankenkassen eine wichtige Rolle spielt und insofern Missbrauchsaufsicht sowie Fusionskontrolle ebenfalls auf die Krankenkassen angewendet werden müssen. Letztendlich gilt es noch, die Strategievariablen der Leistungserbringer im veränderten Krankenversicherungswettbewerb zu betrachten. Diese können entweder durch Kooperation innerhalb des regionalen Marktes oder außerhalb des regionalen Marktes Verhandlungsmacht gegenüber der Versicherung anstreben und so die Monopsonmacht des Kostenträgers begrenzen.<sup>9</sup>

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Integrationsentwicklungen zwischen Leistungserbringern, die im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen, näher zu beleuchten. Der Verhandlungsspielraum der Leistungserbringer wird durch Integration *ceteris paribus* erweitert, zumindest dann, wenn sie Teil eines größeren Unternehmensverbundes werden. Interessant ist jedoch die Frage, wie sich ein diskretes Verhandlungsergebnis wiederum auf die Situation des Patienten auswirkt. Ob bei einer derartigen Entwicklung die Versicherten noch die Möglichkeit haben, einem Leistungsbündel, das zwischen Versicherungs- und Leistungsunternehmen verhandelt worden ist, auszuweichen und damit eine wettbewerbliche Kontrollfunktion vorhanden ist, ist neben der grundsätzlichen Abgrenzung der Versicherungspflicht – und damit des Umfangs eines vom Versicherten zu kontrahierten Leistungsumfangs – von den Bedingungen des Versicherungswettbewerbs abhängig.

Es lässt sich jedoch festhalten, dass sowohl auf Seiten der Versicherungen als auch bei den Leistungserbringern Marktmachtstrategien zu erwarten sind und diese, weil sie in ihren Wirkungen häufig gegeneinander gerichtet sind, wettbewerbspolitisch ambivalent sein können. Diese Schlussfolgerung lässt die immanente Bewertung zu, dass die Fragen einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen auch nach dem GKV-WSG noch nicht abschließend beantwortet sind und dass vor allem fraglich ist, ob es mit dem Gesundheitsfonds in Verknüpfung mit dem Vertragswettbewerb der Krankenversicherungen gelingen kann, eine nachhaltige und qualitätsorientierte Versorgungsstruktur zu implementieren.

---

<sup>9</sup> Für einen Überblick über die allgemeine Problematik monopsonistischer Strukturen im Gesundheitswesen vgl. M. Gaynor, W. Vogt: Antitrust and Competition in Health Care Markets, in: A. Culyer, J. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, 1B (2000), S. 1405-1487.