

Mehr Wettbewerb wagen

Für eine Governance-Wende
im Gesundheitswesen

TK
Die
Techniker



Mehr Wettbewerb wagen

Für eine Governance-Wende im Gesundheitswesen

Qualität, Wirtschaftlichkeit, Innovationskraft und generell Patientennutzen sind im deutschen Gesundheitssystem verbesserungsbedürftig. Im internationalen Vergleich wendet Deutschland zwar erhebliche Summen auf – es gelingt aber nicht für die hohen Ausgaben auch entsprechende Gesundheitsergebnisse zu erzielen. Die zentralen Hebel, dies zu ändern, sind allerdings in unserem Gesundheitssystem bereits angelegt: soziale Selbstverwaltung und Wettbewerb. Es ist Zeit, dass die Politik sie besser nutzt.

Beide gemeinsam bilden die Grundlage für wirtschaftliches Handeln der Kassen. Die Selbstverwaltung steht für unternehmerische Handlungsspielräume und politische Unabhängigkeit und der Wettbewerb zwischen den Kassen motiviert zu wirtschaftlichen Entscheidungen. Von beiden Konzepten braucht es mehr, nicht weniger. Die Forderung der TK ist deswegen: Unser Gesundheitssystem benötigt vor allem mehr Wettbewerb – gesteuert durch die soziale Selbstverwaltung. Mehr Möglichkeiten braucht es auf zwei Ebenen: beim Wettbewerb zwischen den Krankenkassen selbst und um gute Verträge und wirtschaftliche Konditionen mit Leistungserbringern und Industrie.

Kassenwettbewerb wirkt

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein zentrales Element des sozialen Sicherungssystems in Deutschland. Ihre Stabilität, Leistungsfähigkeit und hohe Servicequalität verdankt sie nicht zuletzt dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Der Kassenwettbewerb hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als wesentlicher Innovationstreiber erwiesen. Gleichzeitig zeigen sich strukturelle Herausforderungen, die einer konsequenten Neujustierung bedürfen, um den Wettbewerb für die Zukunft zu sichern und weiterzuentwickeln.

Seit 1996 besteht für die GKV-Mitglieder Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen. Diese freie Kassenwahl hat für die Versicherten zu vielfältigen Verbesserungen geführt: Servicequalität

und Angebotsbreite haben sich erheblich verbessert. Und der Wandel von einem behördlichen zu einem unternehmerischen Selbstverständnis hat die Kundenorientierung deutlich gestärkt. Der heutige Kassenwettbewerb ist in vielen Bereichen leistungsorientiert, fördert organisatorische Effizienz und damit wirtschaftliche Entscheidungen. Innovative Versorgungskonzepte, digitale Services und individuelle Angebote belegen dies. Es handelt sich um täglich spürbare Fortschritte, die nur in einem wettbewerblichen System mehrerer Krankenkassen möglich sind. Eine sogenannte Einheitskasse hätte den gegenteiligen Effekt. Die Kassen kämen in die Behördenfalle: Kein Veränderungsdruck, mangelnde Digitalisierung, schlechte Prozesse und fehlende Kundenorientierung.

**Es ist an den Versicherten
zu entscheiden, wie viele
Krankenkassen
Deutschland braucht.**

Umgekehrt wird die Frage diskutiert, ob für einen funktionierenden Wettbewerb – Stand Januar 2026 – 93 Kassen notwendig sind, oder ob ein regulatorischer Eingriff notwendig sei. Die Antwort ist einfach: Auch hier hat der Wettbewerb gewirkt und wird wirken! Es ist an den GKV-Mitgliedern zu entscheiden, wie viele Krankenkassen Deutschland braucht. Jedes Jahr wird die Zahl ohnehin geringer und der größte Veränderungsprozess hat bereits stattgefunden. In den 1990er Jahren gab es noch eine vierstellige Kassenzahl. Politisch initiierte Fusionen sind hingegen problematisch. Sie sind teuer und lassen kaum zu,

dass Fusionen Effizienzgewinne bewirken. Die Erfahrungen aus Österreich sind ein warnendes Beispiel: Alle Hoffnungen auf Synergieeffekte, vereinfachte Verwaltungsstrukturen und Einsparungen bei der Fusion der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) wurden enttäuscht. Aufgrund der Erfahrungen der letzten 30 Jahre muss man festhalten: Der Markt regelt das am besten und effizientesten in Form der Entscheidungen der GKV-Mitglieder.

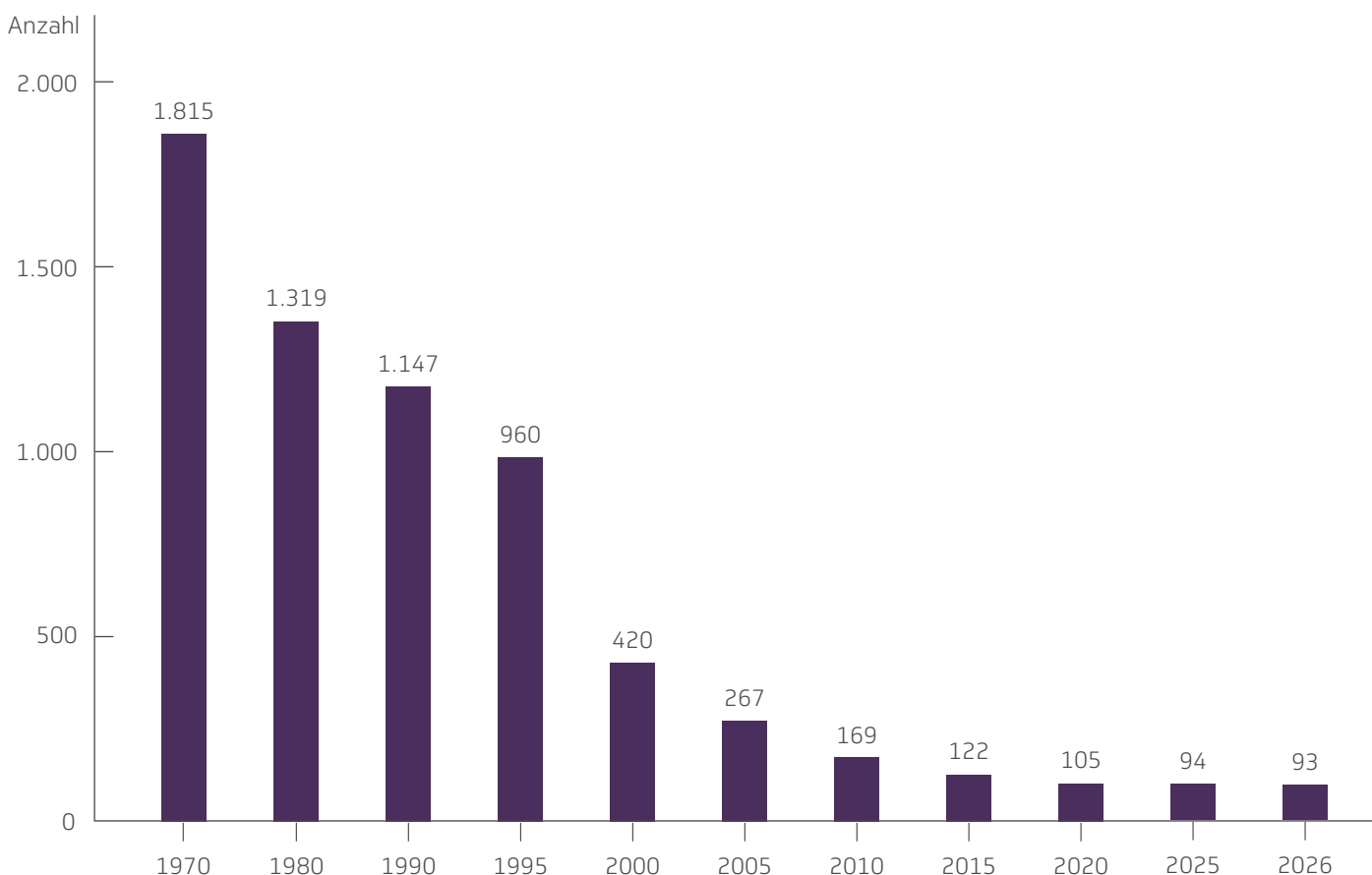
Ein zentraler Hebel für die Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs ist ein einheitliches Aufsichtshandeln durch alle Aufsichtsbehörden über alle Kassen.

Mehr Einheitlichkeit beim Aufsichtshandeln

Ungeachtet dessen bestehen aber immer noch Hemmnisse und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen. Eine grundsätzliche Neuausrichtung der Wettbewerbsordnung der Krankenkassen ist zwar nicht notwendig, dafür tut ein wettbewerbsneutrales Aufsichtshandeln Not. Es gibt aktuell 12 Aufsichtsbehörden für gesetzliche Krankenkassen. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen stehen unter der Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), für die landesunmittelbaren Kassen sind Behörden der Länder zuständig. Ein erhebliches Problem ist die unterschiedliche Aufsichtspraxis unter Bundes- und Landesaufsicht. Diese führt dazu, dass gleiche Sachverhalte je nach Aufsicht unterschiedlich bewertet werden. Eine solche Rechtsunsicherheit und Ungleichbehandlung sind nicht akzeptabel.

Ein zentraler Hebel für die Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs ist deshalb ein einheitliches Aufsichtshandeln durch alle Aufsichtsbehörden über alle Kassen. Im besten Fall bedeutet das die Vorgabe einer einheitlichen Aufsichtspraxis durch das BAS, um Transparenz, Rechtssicherheit und gleiche Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten. Die einheitliche Prüfung der RSA-Manipulationen durch das BAS, die sich auf bundes- und landesunmittelbare Kassen erstreckt, kann hier Vorbild sein. Nur so lassen sich gleiche Spielregeln für alle Marktteilnehmer sicherstellen.

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen
1970 – 2026



Quelle: eigene Darstellung nach vdek; jeweils zum 01.01. des genannten Jahres

Kassenwettbewerb sinnvoll stärken

Ein echter Kassenwettbewerb muss in mehreren Dimensionen stattfinden: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ist ein wichtiges Steuerungsinstrument und fördert den Preiswettbewerb. Er schafft Anreize für guten Service und möglichst niedrige Verwaltungskosten. Allerdings brauchen die Kassen an dieser Stelle mehr Flexibilität. Aktuell wird etwa die ökonomisch sinnvolle Reservenbildung zu stark beschränkt. Der zulässige Korridor liegt heute beim 0,2- bis 0,5-fachen einer Monatsausgabe. Dieser hat sich als viel zu eng erwiesen. In der Praxis führt dies dazu, dass die Krankenkassen keine ausreichenden Rücklagen bilden können, um die Zusatzbeiträge zu stabilisieren. Die Folge sind häufigere unterjährige Beitragserhöhungen und steigende Wechselbewegungen – für die Versicherten wächst die Unsicherheit, für die Kassen auch der bürokratische Aufwand. Die Beitragsmisere der GKV am Jahresende 2025 war auch darin begründet.

Auch beim Leistungsangebot braucht es mehr Spielräume zugunsten der Versicherten. Krankenkassen unterscheiden sich durch Wahltarife, Zusatzleistungen und Selektivverträge. Diese wettbewerblichen Instrumente sind wichtige Treiber für neue, innovative Versorgungsangebote wie beispielsweise Telemedizin. Ein wesentliches Differenzierungskriterium besteht im Bereich der Servicequalität. Dabei geht es insbesondere darum, alle Arten von Kundenanliegen in allen Kanälen bestmöglich zu bedienen – von der Geschäftsstelle und der telefonischen Kundenberatung über Onlinekanäle bis zu Chatbots. Diese Services sind für die Versicherten oft wenig transparent. Hier müssen sich alle Kassen verbindlich an die gemeinsam über den GKV-Spitzenverband vereinbarte Darstellung ihrer Leistungs- und Qualitätsdaten halten, um den Versicherten einen vergleichenden Überblick zu ermöglichen.

Wettbewerb sorgt also für deutlich geringere Kosten.

Zugleich ist die Organisation wichtig: Wie stellt sich eine Kasse intern auf? Wie strukturiert arbeitet sie? Die Verwaltungskosten machen im Durchschnitt nur rund vier Prozent der Ausgaben aus – und dieser Anteil ist konstant. Der Wettbewerb gibt den Anreiz, wirtschaftlich zu arbeiten und den Zusatzbeitrag konkurrenzfähig zu halten.

Deswegen sind pauschale Deckelungen von Verwaltungskosten wie für das Jahr 2026 falsch: Diese benachteiligen strukturell solche Kassen mit ohnehin niedrigen Verwaltungskosten und setzen somit einen wettbewerblichen Fehlanreiz, möglichst hohe Ausgaben für die Verwaltung zu verursachen. Sinnvoll ist vielmehr, eine Deckelung auf Basis der Versichertenzahlen wie im Gesetzentwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) vorzunehmen. So werden Einsparungen wettbewerblich fair zwischen den Kassen verteilt.

Verwaltungskostendiskussion führt in die Irre

Um es klar zu sagen: Krankenkassen stehen in einem harten Wettbewerb zueinander. Sie müssen daher ständig an den besten Zusatzangeboten arbeiten, den Service verbessern und den Preis so gering wie möglich halten. All das kommt den Versicherten zugute. Und das gilt auch für die oft kritisierten Verwaltungskosten. Dass diese überbordend seien, ist ein Mythos. Die Verwaltungskosten sind einer der größten Hebel, den eine Krankenkasse selbst in der Hand hat, um ihre Wettbewerbsposition positiv zu beeinflussen. Wettbewerb sorgt also für deutlich geringere Kosten. Eine Einheitskasse könnte diesen Einspareffekt durch den Wegfall etwa von Doppelstrukturen nicht kompensieren.

630

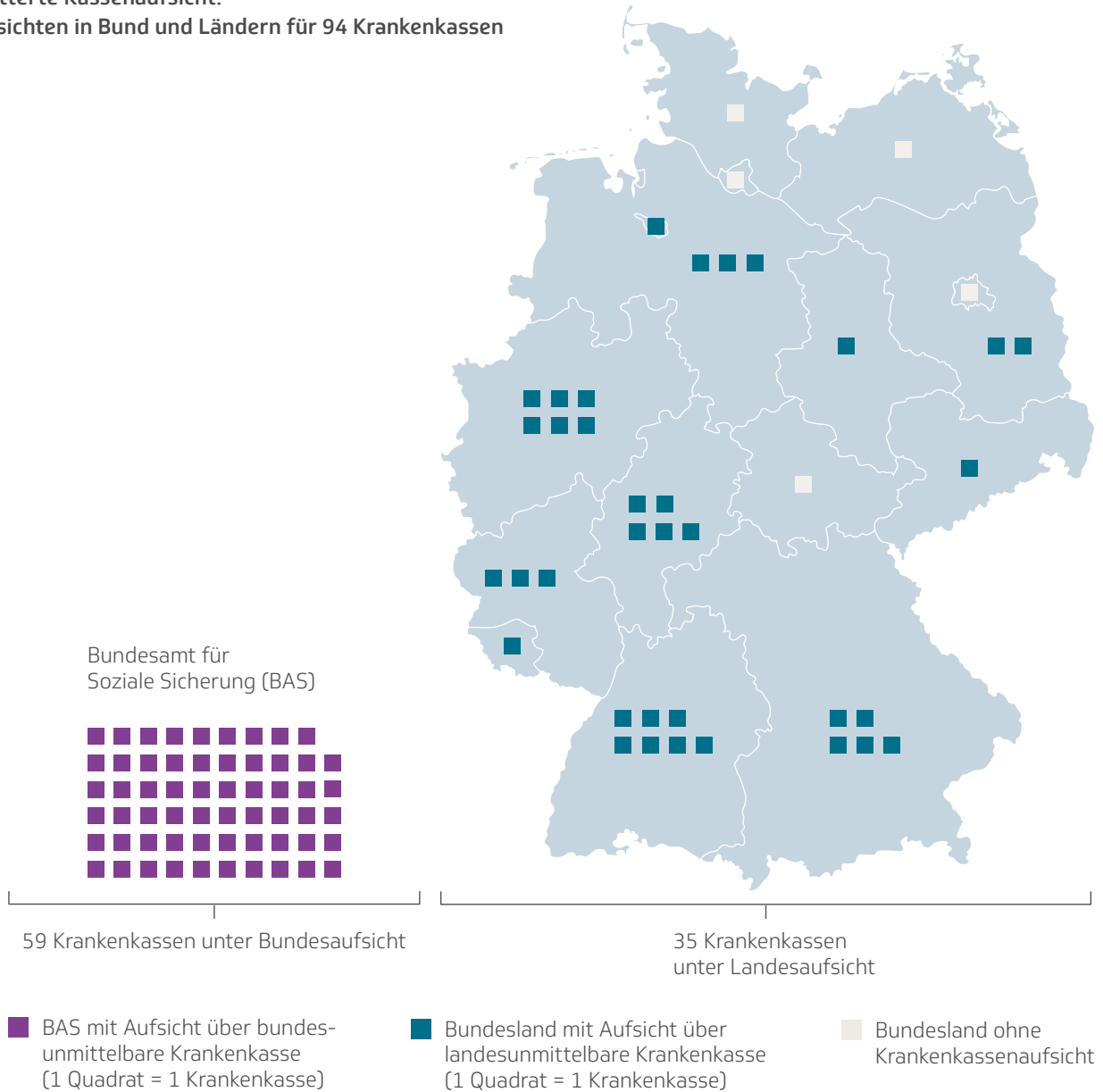
Euro Mehrbelastung haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber im Jahr, wenn die Beitragsbemessungsgrenze, wie im BStabG vorgesehen, einmalig um 300 Euro monatlich steigt (bei einem Zusatzbeitragssatz von 2,9 Prozent)
(Quelle: TK-Berechnung)

Mit Blick auf den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) zeigt sich: Er beruht auf ungleichen Bedingungen und benachteiligt die GKV: Sei es bei der erzwungenen Übernahme versicherungsfremder Aufgaben – bei der die PKV oft außen vor bleibt –; sei es beim Grundsatz, dass Beamtinnen und Beamte sich mit staatlicher Unterstützung in aller Regel privat versichern müssen oder durch die Tatsache, dass die PKV von GKV-Verträgen und -Strukturen profitiert. Im Wettbewerb zwischen beiden Kostenträgerarten müssen faire Rahmenbedingungen herrschen. Mit den im BStabG vorgesehenen Belastungen für die Versicherten wird der Wettbewerb zusätzlich zu Lasten der GKV verschärft: Am deutlichsten wird dies durch die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Diese führt zur strukturellen Belastung der GKV und muss rückgängig gemacht werden.

Kollektivvertrag sinnvoll um Selektivverträge ergänzen

Der Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie der Industrie ist vom Kollektivvertrag geprägt. Dass Wettbewerb hier keine Rolle spielt, ist vom Grundsatz her sinnvoll. Zugleich helfen ergänzende Selektivverträge von einzelnen oder mehreren Krankenkassen, eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung über den Kollektivvertrag hinaus anzubieten. Wettbewerb ist hierbei kein Selbstzweck, sondern ein zentrales Steuerungsinstrument. Selektivverträge mit Leistungserbringern sowie wirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten bei den Preisen von Arznei- und Hilfsmitteln und Digitalen Gesundheitsanwendungen ermöglichen es Krankenkassen, innovativ und wirtschaftlich zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems beizutragen – voraus-

**Zersplitterte Kassenaufsicht:
12 Aufsichten in Bund und Ländern für 94 Krankenkassen**



Quelle: eigene Recherchen (Stand Dezember 2025)

gesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen. Konsequenterweise schlägt auch die Finanzkommission Gesundheit (FKG) diesen Weg, etwa durch Ausschreibungen bei Hilfsmitteln, vor. Leider folgt das BStabG diesem konkreten Vorschlag nicht und verschenkt damit erhebliche Einsparpotenziale.

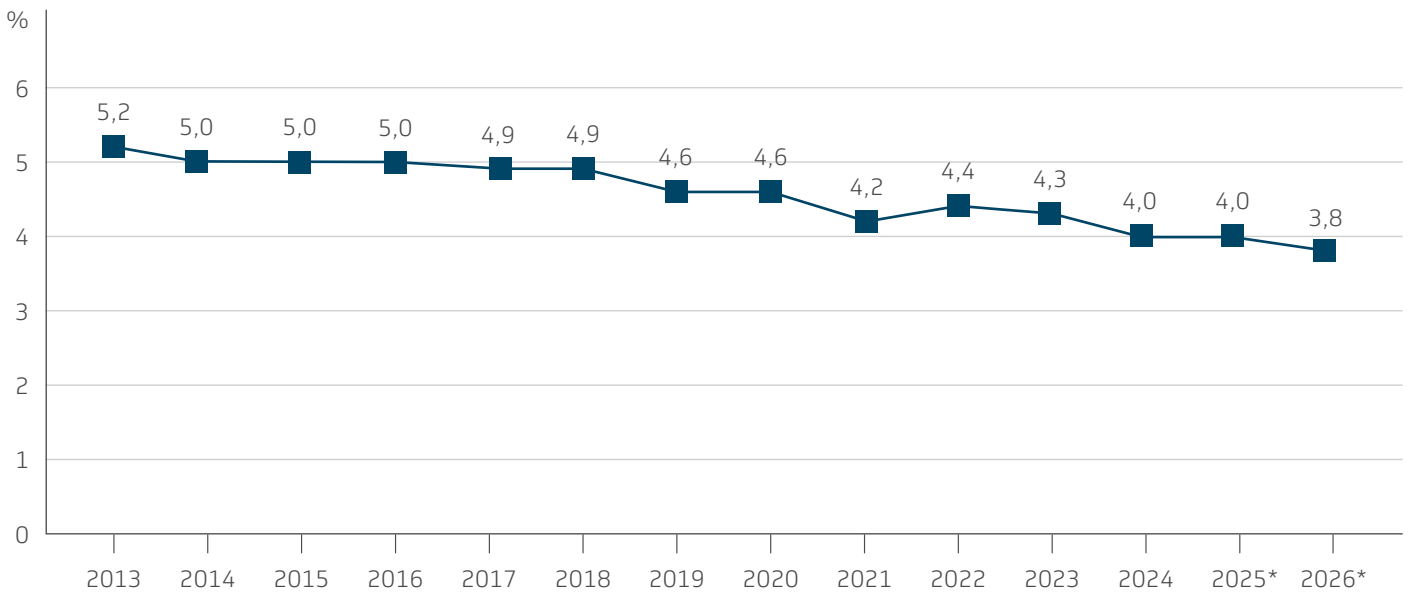
Selektivverträge gemäß § 140a SGB V eröffnen den Krankenkassen die Möglichkeit, gemeinsam mit Leistungserbringern maßgeschneiderte Versorgungsangebote zu entwickeln. Diese Verträge fördern eine zielgerichtete und qualitätsorientierte Versorgung und tragen dazu bei, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Besonders hervorzuheben ist die Funktion der Selektivverträge als Katalysator für Versorgungsinnovationen: Sie ermöglichen die Entwicklung neuer Behandlungspfade, innovativer Versorgungsmodelle und eine verbesserte Patientensteuerung – insbesondere in Bereichen, in denen die Rahmenbedingungen des Kollektivvertrags nicht ausreichen.

Für uns sind Selektivverträge nicht Ersatz, sondern sinnvolle Ergänzung zum Kollektivvertragssystem. Dabei muss darauf geachtet werden, dass Selektivverträge nicht dazu führen, zentrale Reformprozesse, wie den Aufbau eines modernen Primärversorgungs-

systems, zu untergraben. Ein wesentlicher Hemmschuh für den innovationsfördernden Wettbewerb im ambulanten Bereich ist der Kontrahierungszwang bei der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V. Die HzV ist jedoch rund 30 Prozent teurer als die Regelversorgung, zugleich zeigt eine HCHE-Studie, dass die Qualität der Versorgung im Ergebnis nicht besser ist. Der Kontrahierungszwang führt also letztlich zu unwirtschaftlichen Versorgungsverträgen ohne wirkliche Versorgungsverbesserungen. Wir fordern daher, den Kontrahierungszwang fallen zu lassen, damit sich die Hausarztverträge zu einer wettbewerbsstimmigen, freiwilligen Ergänzung zum künftigen Primärversorgungssystem entwickeln können.

**Ein funktionierender
Produktwettbewerb ist
zentraler Bestandteil
wirtschaftlichen Handelns
der Krankenkassen.**

Anteil der Verwaltungskosten an Gesamtausgaben der GKV



Quelle: GKV-Schätzerkreis / KJ1

* Prognose des GKV-Schätzerkreis, Oktober 2025.

Mehr Handlungsspielräume für beste Versorgung zum besten Preis

Ein funktionierender Produktwettbewerb ist zentraler Bestandteil wirtschaftlichen Handelns der Krankenkassen. Im Bereich der Arzneimittelrabattverträge haben sich Ausschreibungen als effektives Mittel zur Kostendämpfung bei gleichbleibender Versorgungsqualität bewährt. 2024 konnten über 6 Milliarden Euro durch Arzneimittelrabattverträge durch die Krankenkassen eingespart werden. Wir fordern, die bestehenden Spielräume zu erhalten und auszubauen, etwa bei Biosimilars. Insbesondere sollte die Möglichkeit zur Rabattvergabe auch auf Kinderarzneimittel wieder erweitert werden. Zudem bedarf es neuer Wettbewerbsimpulse im Bereich patentgeschützter Arzneimittel. Hier schlagen wir – wie auch von der FKG angeregt und im BStabG vorgesehen – die Einführung sogenannter Fokuslisten vor: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstellt dafür Gruppen pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel. Krankenkassen können dann einzelne Präparate aus diesen Gruppen zur bevorzugten Versorgung auswählen, um Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen zu schließen. Fokuslisten schließen damit eine wettbewerbliche Lücke des AMNOG-Systems und fördern Preiswettbewerb bei gleichbleibender Versorgungsqualität. Wenn der Markt bei Digitalen Gesundheitsanwendungen weiter

dynamisch wächst, kann die Idee der Fokusgruppen auch hier angewendet werden.

Auch im Hilfsmittelbereich sollten Ausschreibungen für bestimmte Produktbereiche unter Einhaltung verbindlicher Qualitätsanforderungen wieder zugelassen werden. Ausschreibungen haben sich dort, wo sie sachgerecht ausgestaltet sind, als effizientes und versorgungsstabiles Instrument erwiesen: Durch die verlässliche Zusicherung von Versorgungsmengen konnten Bieter wirtschaftlich kalkulieren – und das bei hoher Produkt- und Servicequalität. Damit soll das Erfolgsmodell der Arzneimittelrabattverträge auch im Hilfsmittelbereich wieder zur vollen Wirkung kommen.

2,9

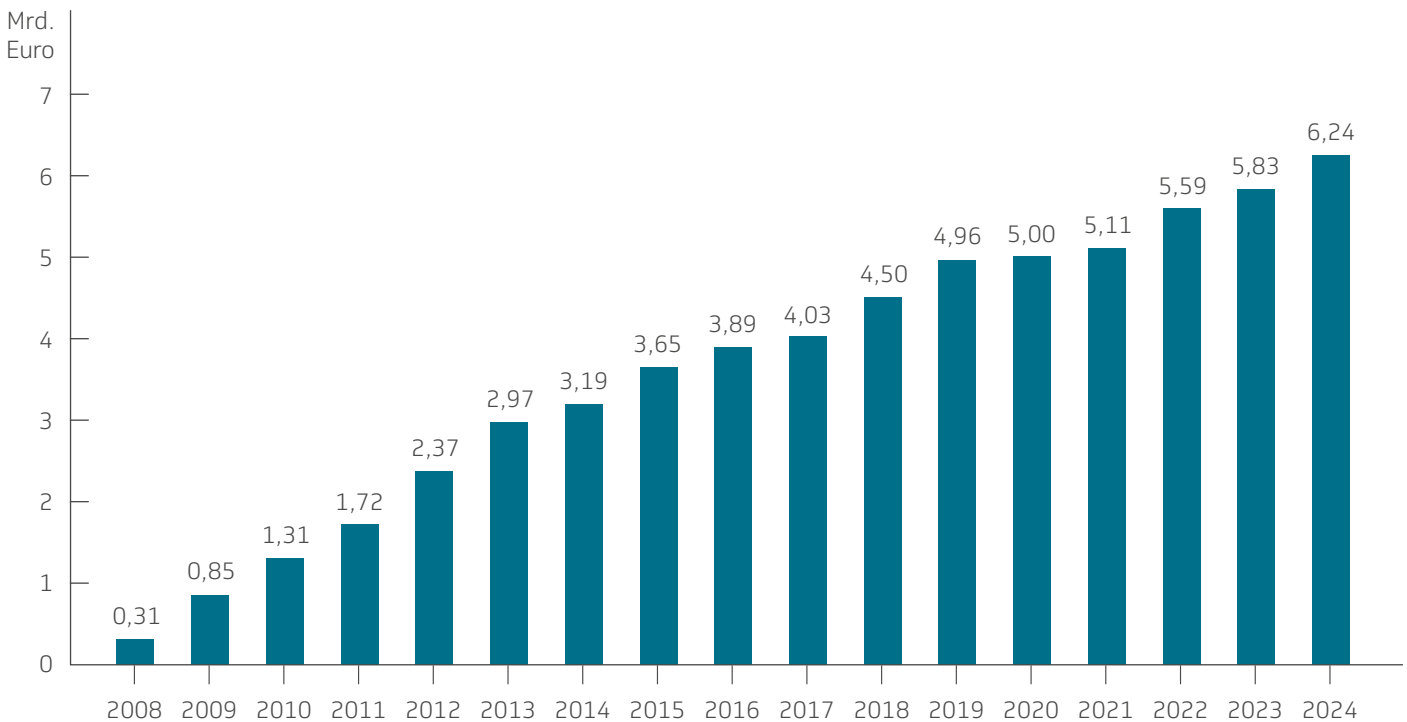
Milliarden Euro sind durch Abschluss von Rabattverträgen zu Biosimilars als Einsparpotenzial jährlich möglich
(Quelle: TK-Simulation)

200

Millionen Euro sind durch **Fokuslisten** als Einsparpotenzial im Jahr 2028 möglich
(Quelle: FKG, Reformempfehlung Nr. 39)

Um Fehler aus der Vergangenheit zu vermeiden, sind qualitätsgesicherte Ausschreibungskriterien verpflichtend vorzugeben – etwa zur Erreichbarkeit, Lieferfähigkeit und Servicequalität. Zugleich bedarf es klarer Regeln der Wettbewerbskontrolle im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Leistungserbringern, die aktiv neue und innovative Versorgungs- und Vergütungsmodelle mit den Kassen verhandeln, sollte temporär ein exklusives Versorgungsrecht ermöglicht werden.

Einsparungen durch Arzneimittelrabattverträge



Quelle: Eigene Darstellung nach KJ1

Stationäre Leistungen sind bisher wettbewerblich für Krankenkassen noch wenig erschlossen – zu Unrecht. Um eine qualitätsorientierte Versorgung zu fördern, das gilt auch nach der jüngsten Krankenhausreform, sind die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V sinnvoll. Bisher sind sie allerdings noch auf acht Indikationen beziehungsweise Leistungsbereiche beschränkt. Das ist zu wenig. Wir fordern deswegen eine Erweiterung: Den Krankenkassen sollte es freigegeben werden, für welche Indikationen beziehungsweise Leistungsbereiche sie Qualitätsverträge abschließen.

Für die im Rahmen von Qualitätsverträgen zusätzlich verhandelte Vergütung ist ein erfolgsabhängiger Anteil geeignet. Sinnvoll ist vor allem die Bewertung der Ergebnisqualität. Der Erprobungscharakter der Qualitätsverträge muss weiterhin über die Evaluation durch den G-BA sichergestellt werden.

Wettbewerb ist Treiber für Qualität und Wirtschaftlichkeit und insbesondere ist er die notwendige Bedingung für Innovationen.

Ansprüche fair auf Herz und Nieren prüfen

Für ein effizientes Gesundheitssystem, das die zur Verfügung stehenden Beiträge verantwortungsvoll und wirtschaftlich einsetzt, müssen die Krankenkassen in der Lage sein, wirtschaftlich im Rahmen eines gesunden Wettbewerbs zu handeln. Hier wurden die Handlungsspielräume jedoch zuletzt immer weiter eingeschränkt – und so Chancen auf mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz vergeben. Im Ergebnis sind die Kosten in vielen Bereichen stark gestiegen. Hier gilt es gegenzusteuern: Krankenkassen brauchen wirksame Instrumente, um ihre Versicherten im Sinne des Solidarprinzips gut und wirtschaftlich zu versorgen. Sie müssen nicht nur auf Augenhöhe verhandeln und Angebote vergleichen können – Krankenkassen müssen auch Forderungen von Leistungserbringern auf Angemessenheit und Korrektheit prüfen können.

Wie schon der Bundesrechnungshof festgestellt hat, prüfen Krankenkassen Abrechnungen – etwa von Krankenhäusern, aber auch von anderen Gruppen – unterschiedlich und mit unterschiedlichem Erfolg. Es handelt sich gleichwohl um einen sehr erfolgreichen Ansatz, um für einen korrekten und wirtschaftlichen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen zu sorgen. Allerdings hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit viel Sand ins Getriebe effizienter Prüfungen für den Einsatz von Beitragsgeldern gestreut – am prominentesten im Krankenhausbereich, aber nicht nur dort. Die Stichwörter sind Bagatellgrenzen, einschränkende Prüfquoten und ähnliches. Die Prüfung von Verordnungen und Abrechnungen ist aber wichtig, effizient und im Interesse der Versichertengemeinschaft. Die Krankenkassen brauchen hierfür wieder mehr Möglichkeiten.

Mehr Wettbewerb für mehr Innovationen

Wettbewerb ist Treiber für Qualität und Wirtschaftlichkeit und insbesondere ist er die notwendige Bedingung für Innovationen. Wettbewerblich induzierte Innovationen sind praxisnah und finden oft schnell ihren Weg ins System. Der Wettbewerb punktet daher gegenüber nichtwettbewerblichen Innovationsinitiativen. Das 2016 eingeführte Instrument eines Innovationsfonds zur Förderung von Innovationen im Gesundheitswesen weist bestenfalls eine gemischte Erfolgsbilanz in der tatsächlichen Einführung von Innovationen im Gesundheitswesen auf. Problematisch sind hohe administrative Anforderungen und hohe Verwaltungskosten, die in der tatsächlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten fehlen sowie unflexible Förderstrukturen und langwierige Bewilligungsverfahren, die eine schnelle Einführung von Versorgungsinnovationen verhindern. Hinzu kommt die unbefriedigende Translation erfolgreicher Ansätze des Innovationsfonds in die Regelversorgung, wodurch das Potenzial nachhaltiger Versorgungsverbesserungen weitgehend ungenutzt bleibt.

Wir fordern daher, den Innovationsfonds in seiner heutigen Struktur abzulösen und stattdessen auf die Innovationskraft des Wettbewerbs zu setzen. Ein Innovationsbudget ist der bessere Weg. Krankenkassen sollten verpflichtet werden, verstärkt Versorgungsinnovationen über Modellprojekte oder im Rahmen der Selektivverträge umzusetzen. Sinnvoll ist, jährlich einen Mindestbetrag je Versicherten in Versorgungsinnovationen zu investieren. Wenn sich Krankenkassen nicht an der Weiterentwicklung der Versorgung beteiligen, sollten die insoweit nicht verausgabten Mittel den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, die sich über den gesetzlich vorgegebenen Mindestbetrag hinaus engagieren. Durch weniger Bürokratie könnten mehr finanzielle Mittel direkt in die Versorgung fließen. Zugleich wäre das Instrument insgesamt attraktiver, würde den Wettbewerb zusätzlich erhöhen und wäre konsequenter Treiber von Innovationen im Gesundheitssystem. Innovative Versorgungsideen würden deutlich schneller in die Umsetzung gehen und die Ergebnisse über ihre Wirksamkeit lägen dementsprechend schneller vor. Durch ein deutlich stärkeres Engagement der Krankenkassen könnten erfolgreiche Projekte nicht nur befristet gefördert werden, sondern nach positiver Evaluation auch gezielt skaliert, verstetigt und regional ausgerollt werden, um damit bessere Anreize für die Überführung in die Regelversorgung zu geben.

Fazit

Wettbewerbliche Ideen im Gesundheitswesen sind in die Defensive geraten. Zu Unrecht: Wettbewerb wirkt als Treiber für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit und in Summe auch für den Patientennutzen. Fatal ist, dass in den vergangenen Legislaturperioden entsprechende Handlungsspielräume insgesamt eingeschränkt wurden. Auch dadurch ist die Krankenversicherung teurer, die Versorgung aber nicht besser geworden. Zudem hat der Gesetzgeber immer wieder die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung eingeengt und in ihre Kompetenzen eingegriffen. Dies geschah oft zugunsten

eigener Gestaltungsmöglichkeiten – führte aber in der Regel nicht zu guten Lösungen für Versorgung und Finanzierung. Der Vorteil der Selbstverwaltung ist aber gerade ihre staatsferne Ausrichtung, die Orientierung an Evidenz, Qualität, Solidarität und Wirtschaftlichkeit. Das gilt für den Kollektivvertrag wie auch für den Wettbewerb.

Wir sind der Überzeugung, dass in Zukunft möglichst viele Entscheidungen durch die Krankenkassen selbst getroffen werden sollten. Hierfür braucht es mehr wettbewerbliche Freiheiten. Gerade auf Basis der sozialen Selbstverwaltung handelt es sich dabei eben nicht um freie Kräfte des Marktes, sondern vielmehr um einen „geerdeten“ Wettbewerb, der durch die Selbstverwaltungspartner und eine – dann hoffentlich einheitliche – Aufsichtspraxis kontrolliert wird. Dafür braucht es politischen Mut und Vertrauen. Denn: Nur ein wettbewerblich faires, selbstverwaltetes und beitragsfinanziertes Versorgungssystem ist gegenüber wirtschaftlichen Krisen und politischen Machtwechseln immun.

Der Wettbewerb muss also als zentrales Steuerungsprinzip gestärkt werden.

Um es zuzuspitzen: Es braucht eine stärkere Steuerungsverantwortung bei den einzelnen Krankenkassen, um Qualität, Wirtschaftlichkeit, Innovationskraft und den Nutzen des Gesundheitssystems zugunsten der Versicherten, Beitragszahlenden sowie der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Denn Wettbewerb heißt nicht nur beispielsweise Servicewettbewerb, um bei den Versicherten im Markt zu punkten, sondern vor allem auch Wettbewerb um innovative und effiziente Versorgungslösungen. Mit einer Einheitskasse wäre dies nicht denkbar.

Der Wettbewerb muss also als zentrales Steuerungsprinzip gestärkt werden. Es ist gut, dass die FKG erste Vorschläge in diese Richtung gemacht hat. Allerdings fällt das BStabG in dieser Hinsicht stark hinter den Vorschlägen zurück. Daher ist es umso wichtiger, im nächsten Schritt, wenn es um strukturelle Reformen geht, den Wettbewerb wieder stärker auf die Agenda zu setzen. Die Krankenkassen müssen ihre Kompetenz als Sozialversicherungsträger einsetzen dürfen – als Interessenvertreter ihrer Mitglieder genau wie als wirtschaftlich handelnde Wettbewerber zum besten Nutzen der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und um gute Verträge und Konditionen mit Leistungserbringern und Industrie.

Forderungen für mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb:

1. Die GKV-Mitglieder entscheiden mit der Auswahl ihrer Kasse auch über deren Anzahl und Größe. Was der Markt gut entscheidet, muss die Politik nicht regeln.

2. Gleiche Spielregeln für alle Marktteilnehmenden. Ein einheitliches Aufsichtshandeln für alle Aufsichtsbehörden über alle Kassen ist notwendig.

3. Transparenz bei den Leistungs- und Qualitätsdaten einer Krankenkasse ist ein echter Mehrwert für die Versicherten. Hierfür braucht es bessere Vergleichbarkeit auf Basis der Kriterien des GKV-Spitzenverbands.

4. Die HzV verspricht mehr als sie einhält und kostet rund 30 Prozent mehr als die Regelversorgung ohne besser zu sein. Der Kontrahierungszwang muss deshalb fallen.

5. Arzneimittelrabattverträge erzeugen erhebliche Wirtschaftlichkeitsvorteile. Sie sollten daher ausgebaut werden, etwa für Biosimilars, und wieder für Kinderarzneimittel gelten.

6. Fokuslisten schließen eine wettbewerbliche Lücke des AMNOG-Systems und fördern Preiswettbewerb bei gleichbleibender Versorgungsqualität.

7. Ausschreibungen sind ein effizientes und versorgungsstabiles Instrument. Vor allem bei Hilfsmitteln sind sie ausgewählt und qualitätsgesichert wieder notwendig.

8. Der wettbewerbliche Rahmen im stationären Bereich ist zu starr. Den Krankenkassen sollte es freigegeben werden, für welche Indikationen beziehungsweise Leistungsbereiche sie Qualitätsverträge abschließen.

9. Die Prüfung von Verordnungen und Abrechnungen ist effizient und im Interesse der Versicherten-gemeinschaft. Die Krankenkassen brauchen hierfür wieder mehr Möglichkeiten.

10. Wettbewerb ist die beste Innovationsförderung. Ein kassenindividuelles Innovationsbudget ist hierfür der strukturell beste Weg.



Hier erfahren Sie mehr:

Mehr Informationen der TK zur Gesundheitspolitik und zusätzliche Hintergründe finden Sie auf: tk.de/politik

Mehr Informationen gibt es auch im **TK-Unternehmensblog WirTechniker**.

Für Rückfragen der Politik

Techniker Krankenkasse / Büro Berlin
Tel. 030 - 28 88 47 10
berlin-gesundheitspolitik@tk.de

Für Rückfragen der Medien

Techniker Krankenkasse / Unternehmenskommunikation
Tel. 040 - 69 09 17 83
pressestelle@tk.de

Folgen Sie der TK-Pressestelle auch in den sozialen Medien:

