

Wo Rauch ist, ist auch Feuer

Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform

von Dieter Cassel¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Von der Öffentlichkeit kaum bemerkt, aber GKV-intern heftig umstritten, zielt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) auch auf eine Organisationsreform, mit der Krankenkassen und ihre Verbände für den Wettbewerb fit gemacht werden sollen. Im Mittelpunkt steht dabei der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu), der seine Arbeit am 1. Juli 2008 aufgenommen hat. Denn ob und inwieweit er – wie gesundheitspolitisch gewünscht – einer stärker wettbewerbsorientierten GKV förderlich ist, hängt ganz und gar davon ab, wie er im Verhältnis zu den miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen einerseits und den verordnungsgebenden Entscheidungsträgern des GKV-Systems andererseits verfasst ist und welche Aufgaben ihm dabei jeweils übertragen werden. Der dem SpiBu im laufenden Gesetzgebungsverfahren zur Weiterentwicklung der GKV-Organisationsstrukturen zugedachte Spagat zwischen einzelwirtschaftlicher Interessenvertretung und hoheitlicher Wettbewerbsregulierung lässt diesbezüglich nichts Gutes erwarten.

Schlüsselwörter: GKV-Organisationsreform, Krankenkassen, Kassenverbände, Kassenwettbewerb

Hardly noticed by the public, yet highly controversial among statutory health insurance (SHI) funds, the SHI Competition Strengthening Act (GKV-WSG) amongst other things aims at an organizational reform in order to prepare the health care funds and their federal associations for competition. The focus is on the new Central Association of the Health Insurance Funds (SpiBu) which took up its work on July 1, 2008. Whether and to what extent the SpiBu promotes a more competitively oriented SHI – which is desirable from the point of view of health policy – depends entirely on how the SpiBu is constituted in relation to the competing health care funds on the one hand and the law-making SHI decision-makers on the other hand, and which of their respective tasks will be assigned to it. Due to the current legislative process for the development of the SHI's organizational structures, the SpiBu is faced with a balancing act between representing individual interests and mandatorily regulating the competition between funds – a balancing act of which nothing good can be expected.

Keywords: SHI organizational reform, sickness funds, federation of sickness funds, competition between sickness funds

1 Die Organisationsreform im Kontext des GKV-WSG

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) – die „große“ Gesundheitsreform der Großen Koalition – ist zum 1. April 2007 in

Kraft getreten. Für viele einzelne Reformelemente gilt dies allerdings erst nach und nach zu unterschiedlichen Stichtagen. Dabei richtet sich die öffentliche Aufmerksamkeit insbesondere auf den Start des neu geschaffenen Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 und auf alle bis dahin noch zu treffenden Entscheidungen über seine konkrete Ausgestaltung. Noch offen sind insbesondere die finanzielle Aus-

¹ Prof. Dr. Dieter Cassel, Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Betriebswirtschaft – Mercator School of Management · Lotharstraße 65 · 47048 Duisburg · Telefon: 0203 379-2352 · Telefax: 0203 379-2353 · E-Mail: dieter.cassel@uni-due.de

² Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Kortrijker Straße 1 · 53177 Bonn · Telefon: 0228 843-393 · Telefax: 0228 843-144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

stattung des Fonds als Ergebnis der Festlegung des künftig einheitlichen GKV-Beitragsatzes durch die Bundesregierung im Herbst 2008, die Höhe des geplanten Steuerzuschusses sowie die morbiditätsorientierte Verteilung der Fondsmittel auf die einzelnen Krankenkassen. Davon hängen zum einen die Deckung der Leistungsausgaben und zum anderen die darüber hinausgehenden Zuweisungen für standardisierte Satzungs- und Verwaltungsausgaben ab – beides zumindest übergangsweise in irgendeiner Form begrenzt oder ergänzt aufgrund der vorgesehenen länderbezogenen Konvergenzklausele. Alles dies ist maßgeblich dafür, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe einzelne Krankenkassen bereits beim Startschuss zum Gesundheitsfonds einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben müssen (vgl. den Beitrag „Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG“ von Stefan Greß und Koautoren ab Seite 16 in diesem Heft).

Im Ergebnis – so die erklärte Reformabsicht des Gesetzgebers – soll der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds deutlich intensiviert werden, und dies in einer erkennbar veränderten Stoßrichtung als bislang: „Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge ihrer Mitglieder und der Arbeitgeber. Die Krankenkassen können sich vielmehr in Zukunft im Wettbewerb darauf konzentrieren, ihren Versicherten möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsformen und -tarife anzubieten“ (Begründung zum GKV-WSG, Allgemeiner Teil, Bundestags-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006). Ob jedoch die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen – insbesondere die im zweiten Teil der Gesundheitsreform modifizierten beziehungsweise völlig neu geschaffenen einzelwirtschaftlichen Tarif- und Vertragsoptionen – hierzu ausreichen und adäquat normiert sind, bleibt einstweilen abzuwarten; begründete Zweifel daran sind schon jetzt angebracht (*Cassel et al. 2008*).

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht jedoch ein dritter Regelungsbereich des GKV-WSG, der zwar mit den vertragswettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Kassen in einem engen Zusammenhang steht, der aber durchaus – auch vom Gesetzgeber selbst – als eigenständiger Reformbereich angesehen werden kann: die als „grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen“ bezeichnete Organisationsreform der GKV. Sie soll erklärtermaßen dafür sorgen, dass die Institutionen des Gesundheitswesens „ihre Aufgaben und Funktionen in einem stärker wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen besser erfüllen können“ (Begründung zum GKV-WSG).

Auch dieser Reformbereich ist mit bestimmten Startterminen verbunden, von denen insbesondere der 1. Juli 2008 von Bedeutung ist: An diesem Tag nahm der neu gegründete

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) seine Arbeit auf; ein halbes Jahr später verlieren die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Der SpiBu selbst hat sich vor Kurzem in „GKV-Spitzenverband“ umgetauft. Zu diesem Zeitpunkt war dieser Beitrag bereits fertiggestellt, sodass hier weiterhin das zuvor allgemein übliche Kürzel „SpiBu“ verwendet wird. Zudem stellt sich ohnehin die Frage nach der Angemessenheit der neuen Bezeichnung. Zur GKV gehört mehr als „nur“ die Kassenseite, die der SpiBu repräsentiert. Eine Institution, der zugleich auch alle darüber hinausreichenden GKV-Aufgaben oblägen – etwa auch diejenigen der Gemeinsamen Selbstverwaltung – wäre von einem zentralistischen Einheitssystem wohl kaum noch zu unterscheiden.

2 Generelle Perspektive: Überwindung der Kassenarten

Im Juni 2008 hat die gesetzliche Krankenversicherung ihr 125-jähriges Bestehen gefeiert. Naturgemäß hat sich in diesem langen Zeitraum unter mehrfach grundlegend veränderten Rahmenbedingungen von selbst kein konsistentes Wettbewerbssystem herausbilden können. Deshalb war es spätestens seit der Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 und der dadurch vollzogenen Weichenstellung in Richtung einer wettbewerblichen Orientierung der GKV erforderlich, ihre weithin unverändert aus der „Vor-Wettbewerbszeit“ stammenden Institutionen anzupassen und damit zum weiteren Ausbau der gesundheitspolitisch intendierten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ wesentlich beizutragen (*Cassel 2007, 699 ff.*). Dies ist seither in einer Reihe von Einzelschritten erfolgt, von denen das GKV-WSG weder der erste war, noch der letzte sein wird. Dies belegt bereits das im Herbst 2008 zur Verabschiedung anstehende „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“, das zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 in Kraft treten soll und in dessen Mittelpunkt Regelungen zum Insolvenzrecht der Kassen stehen.

Kernstück der Organisationsreform des GKV-WSG ist die Einrichtung des SpiBu. Diese mit Wirkung zum 1. Juli 2008 von allen gesetzlichen Krankenkassen gebildete Körperschaft des öffentlichen Rechts ist mit einer Reihe gesetzlich zugewiesener Aufgaben ausgestattet, die zum Teil bislang von den nach Kassenarten gegliederten Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommen wurden, zum Teil aber auch darüber hinausreichen. Zusammen mit der ebenfalls

durch das GKV-WSG geschaffenen Möglichkeit zu Kassenfusionen über die tradierten Kassenartengrenzen hinweg wird damit das Ende des bisher nach Kassenarten – im Wesentlichen AOK, BKK, IKK und Ersatzkassen – gegliederten Krankenkassensystems besiegelt.

In wettbewerblicher Hinsicht waren die Kassenarten, die ursprünglich aufgrund gesetzlich erzwungener Zugehörigkeit von Krankenkassen entsprechend der individuellen und kollektiven Zuweisungs- und Wahlmöglichkeiten der Versicherten entstanden sind, seit Einführung der weithin unbeschränkten individuellen Kassenwahl Mitte der 1990er-Jahre funktional obsolet. Das Kassenwahlrecht der Versicherten – und der korrespondierende Kontrahierungszwang aller geöffneten Kassen – bezog sich stets auf einzelne Krankenkassen und nicht auf Kassenarten. Barmer Ersatzkasse und DAK standen und stehen ebenso im direkten Wettbewerb mit der TK und der GEK wie etwa mit der Deutschen BKK. Sie alle – wie praktisch auch jede AOK und jede „normale“ IKK – haben im Wettbewerb wiederum unter Mitgliederverlust in Richtung besonders beitragsatzgünstiger BKKs oder der aus dem „IKK-Lager“ stammenden IKK-direkt und BIG gelitten, die lange Zeit in besonderer Weise von der bei jungen, gesunden und einkommensstarken Versicherten deutlich ausgeprägteren Wechselbereitschaft – gepaart mit Unzulänglichkeiten des bisherigen Risikostrukturausgleichs – profitieren konnten. Überdies repräsentieren zum Beispiel IKK-direkt oder BIG inzwischen die vor allem für Junge und Gesunde attraktive „Kassenart“ einer Direktkrankenkasse ohne Geschäftsstellen, weisen aber ganz sicher keine spezifischen Merkmale einer „Handwerklichen Krankenversicherung“ mit irgendeinem erkennbaren Bezug zu ihren ursprünglichen Träger-Innungen der Zahntechniker und Hörgeräteakustiker mehr auf. Die heutige Kassenlandschaft ist zwar nach wie vor vielfältig, lässt sich aber hinsichtlich des Versichertenkreises, der Wahlmöglichkeiten der Versicherten und ihres Leistungsanspruchs nicht mehr differenzieren: Sie ist diesbezüglich durch das Prinzip „Universalkasse“ geprägt, die allen offen steht und einen GKV-einheitlichen Leistungsstandard zu gewährleisten hat.

Mit den Wettbewerbsrealitäten seit Einführung der freien Kassenwahl haben die tradierten Kassenartengrenzen also schon länger nichts mehr zu tun. Das wird nicht zuletzt auch am Verhalten der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen deutlich, in deren Reihen sich unmittelbar miteinander konkurrierende Kassen befinden: Sie haben bei bestimmten wettbewerbsrelevanten Fragen, wie zum Beispiel bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs, entweder – so der VdAK – ihre eigene Sprachfähigkeit weitgehend eingebüßt oder sie vertreten – so insbesondere der BKK-Bundesverband – Mehrheitspositionen und stellen sich damit zwangsläufig gegen die Interessen von Kassen der

eigenen Kassenart. Diese Situation war mit der gewünschten Wettbewerbsorientierung der GKV in keiner Hinsicht mehr vereinbar.

3 Unklares Rollenverständnis: „top down“ oder „bottom up“?

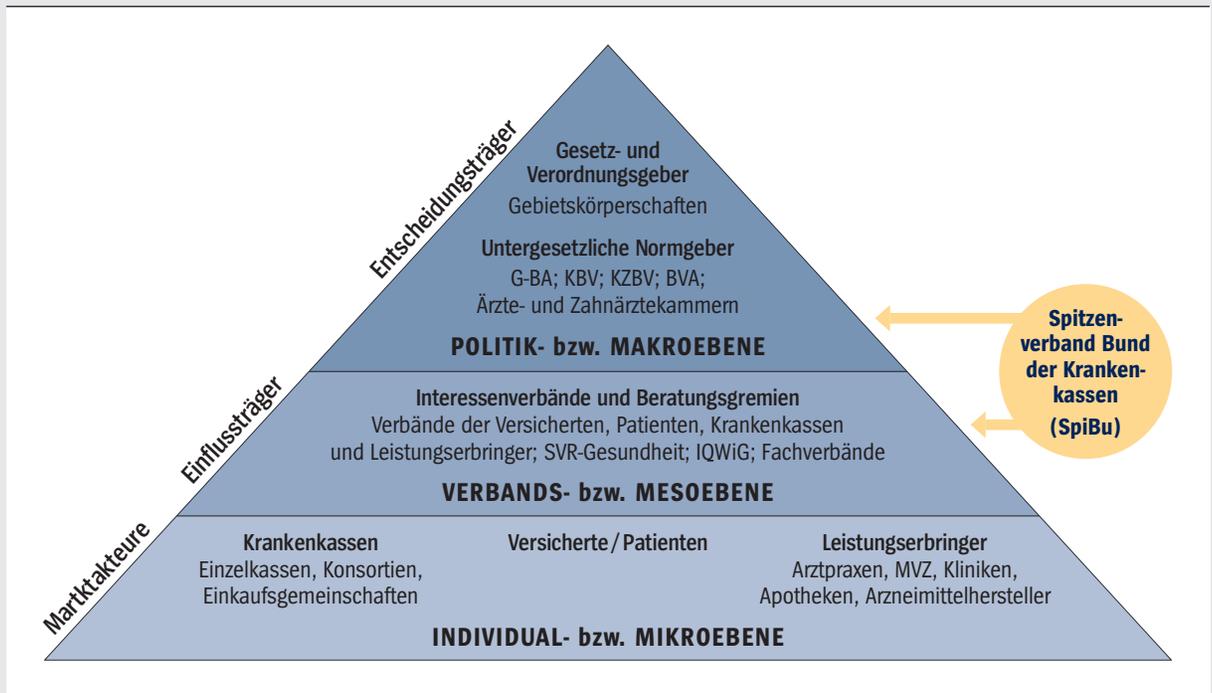
Die Überwindung der in wettbewerblicher Sicht obsoleten Kassenarten wäre also an sich schon eine folgerichtige, eigentlich längst überfällige Reform der GKV-Organisationsstruktur, wie sie auch seit Längerem verschiedentlich angemahnt wurde (*Jacobs 2000; Cassel 2002; Knieps 2003*). Hieraus folgt jedoch keineswegs zwangsläufig, dass das Organisationskonzept des GKV-WSG mitsamt seiner voraussichtlichen Weiterentwicklung beziehungsweise Konkretisierung im GKV-OrgWG tatsächlich geeignet ist, jene institutionellen Voraussetzungen zu schaffen, die für einen funktionierenden Krankenkassenwettbewerb erforderlich sind.

Gewisse Zweifel an der Wettbewerbskompatibilität der Organisationsreform ließen sich bereits aus einer Formulierung des „Konsenspapiers“ ziehen, auf das sich die Koalitionsparteien Anfang Oktober 2006 im Rahmen des Entstehungsprozesses des GKV-WSG geeinigt hatten. Dort hieß es nämlich, dass „künftig ein einheitlicher Verband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene (vertritt) und (...) die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (regelt)“. Wie soll so etwas praktisch funktionieren? Während die Vertretung von Interessen („Belangen“) einem klassischen „Bottom-up“-Verständnis folgt und entsprechende Legitimationsstrukturen erfordert, trifft auf die Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen das genaue Gegenteil zu: Diese können naturgemäß nicht an den Partikularinteressen der einzelnen Wettbewerber ausgerichtet sein, und schon gar nicht von ihnen selbst gesetzt werden; denn will man einen Teich trocken legen, darf man bekanntlich nicht die Frösche fragen! Stattdessen sind im Interesse eines unverzerrten Wettbewerbs allgemein verbindliche „Top-down“-Regelungen mit gänzlich anderen Legitimations- und Entscheidungsstrukturen erforderlich, die denen des Gesetzgebers oder einer von ihm beauftragten Regulierungsbehörde, nicht aber eines klassischen Verbands entsprechen. Die Stellung des SpiBu in der funktionalen „Entscheidungspyramide“ des GKV-Systems ist also zumindest ambivalent (Abbildung 1).

Im GKV-WSG selbst kommt die dem SpiBu zugewiesene „wettbewerbsgestaltende“ Funktion insbesondere in Paragraph 217 f. Sozialgesetzbuch (SGB) V Absatz 4 zum Ausdruck. Dort heißt es: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirt-

ABBILDUNG 1

Ambivalente Stellung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen



schaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten.“ Geradezu „verräterisch“ im Hinblick auf das damit eindeutig verbundene „Top-down“-Verständnis von der Rolle des SpiBu ist zudem ein Satz in der Gesetzesbegründung, mit dem bezüglich der Benchmarking-Vorgaben explizit darauf verwiesen wird, dass „parallele Regelungen“ bereits für den Bereich der Rentenversicherung eingeführt worden seien und sich bewährt hätten. Bekanntlich weist zwar die gesetzliche Rentenversicherung gegliederte Organisationsstrukturen auf, ist jedoch unbeschadet dessen faktisch ein dezidiert nichtwettbewerbliches Einheitssystem. Nach welcher Logik können Steuerungsinstrumente der „Zentrale“, die sich in einem solchen System bewährt haben, auf ein System übertragen werden, das gerade im Hinblick auf seine wettbewerbliche Ausrichtung gestärkt und damit konsistent ausgerichtet werden soll?

Dass dieses fragwürdige Rollenverständnis in Sachen SpiBu kein ordnungspolitisches Versehen ist, sondern Methode hat, macht die bisherige Entstehungsgeschichte des GKV-OrgWG deutlich. Im Referentenentwurf zu diesem

Gesetz vom 23. April 2008 waren noch zwei weitreichende wettbewerbsgestaltende Aufgaben für den SpiBu vorgesehen: Zum einen sollte ihm satzungsgemäß die Gewährung von GKV-weiten Finanzhilfen obliegen, und zwar nicht nur im Fall besonderer Notlagen einer Kasse, sondern auch ausdrücklich zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit sowie zur Ermöglichung oder Erleichterung von Kassenfusionen. Zum anderen sollte der SpiBu per Vorstandsbeschluss eine Kasse auch gegen deren erklärten Willen mit einer anderen Kasse fusionieren können, wenn ihre Leistungsfähigkeit seiner Einschätzung nach auf Dauer nicht anders gesichert werden könnte.

Hieran sind gleich mehrere Aspekte höchst problematisch:

- erstens die interventionistische Gewährung von Finanzhilfen an wettbewerbsschwache Kassen, die noch dazu von den unmittelbaren Konkurrenten aufgebracht werden müssten;
- zweitens die Anordnung von Zwangsfusionen notleidender Kassen, wo sich doch die Kassenlandschaft im wettbewerblichen Ausleseprozess selbst herausbilden und nicht das Ergebnis dirigistischer Eingriffe sein sollte;
- und drittens die Zuweisung der Entscheidungskompetenz für diese eigentlich der staatlichen Exekutive vorbehaltenen

nen Interventionen an einen Spitzenverband aller gesetzlichen Krankenkassen, der einerseits hoheitlich Zwangsmaßnahmen verfügen und andererseits die Interessen beziehungsweise „Belange“ der einzelnen Mitglieder vertreten soll.

Die einhellige Kritik an den ursprünglich beabsichtigten Regelungen – nicht zuletzt auch durch den SpiBu selbst¹ – führte in dem am 21. Mai 2008 vom Bundeskabinett verabschiedeten Regierungsentwurf des GKV-OrgWG zu deutlichen Korrekturen gegenüber dem Referentenentwurf: Danach sind zwar verordnete Finanzhilfen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit einer Kasse nicht mehr vorgesehen, wohl aber Finanzhilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Kasse, die auf Antrag der Aufsichtsbehörden vom Vorstand des SpiBu angeordnet werden können. Weiterhin soll es zwar immer noch die Möglichkeit zur zwangsweisen Fusion einer Kasse gegen ihren Willen geben, doch soll die Zuständigkeit hierfür jetzt nicht mehr beim SpiBu, sondern bei der Aufsichtsbehörde liegen, wenn diese „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest(stellt), dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann“.

Dass die Bundesregierung an einer solchen Vorschrift festhalten will – wenn auch mit veränderten Zuständigkeiten zugunsten der Aufsichtsbehörden –, offenbart ein offensichtlich noch nicht hinreichend ausgeprägtes Verständnis vom Wesen des Wettbewerbs, den zu stärken ein zentraler programmatischer Anspruch der jüngsten Gesundheitsreform war. Das ist ordnungspolitisch fatal, denn es geht in der Sache um deutlich mehr als „nur“ um die Frage des Rollenverständnisses des SpiBu. Schließlich hängt die Funktionsweise des Wettbewerbs ganz entscheidend davon ab, ob und inwieweit die Marktteilnehmer frei in den Markt eintreten und ihn auch wieder frei verlassen können. Anstatt wie im GKV-OrgWG nach interventionistischen Möglichkeiten zu suchen, entsprechende Marktberaumungsprozesse hinauszuzögern oder gar zu verhindern, sollte sich der Gesetzgeber besser um wettbewerbs- und insolvenzrechtlich einwandfreie Marktaustrittsregeln kümmern, die den Ansprüchen einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ gerecht werden. Das gilt gleichermaßen für eine zeitgemäße Regelung des Marktzugangs für potenzielle Konkurrenten der etablierten Krankenkassen. Dazu reicht es nicht – wie bisher geschehen – aus, lediglich die Gründung und anschlie-

ßende Öffnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen zuzulassen. Ein möglichst ungehinderter, staatlich nicht gesteuerter Marktein- und Marktaustritt konkurrierender Kassen gehört nun einmal zu den elementaren Funktionsbedingungen des Kassenwettbewerbs.

4 Ambivalenzen im Vertragsbereich: Markt- versus Institutionenwettbewerb?

Ob das künftige Zusammenspiel zwischen dem SpiBu als neuem Dachverband aller Krankenkassen auf Bundesebene und den miteinander konkurrierenden Kassen ordnungspolitisch hinreichend konsistent geregelt ist, wird sich insbesondere im Hinblick auf das Vertragsgeschäft erweisen. Wenn der Gesetzgeber in der Begründung zum GKV-WSG formuliert, dass der Spitzenverband künftig alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertritt, wozu einerseits die Vertretung der Kasseninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und andererseits der Abschluss aller nicht wettbewerblichen Verträge mit den Leistungserbringern zählt, könnte der Eindruck entstehen, dass es sich hierbei um zwei mehr oder weniger gleichrangige beziehungsweise gleichermaßen eindeutige und konfliktfreie Aufgabenbereiche handelte. Dieser Eindruck wäre jedoch falsch und würde den Blick für die wettbewerbliche Ambivalenz des SpiBu verstellen.

Tatsächlich sind die beiden Aufgabenbereiche hinsichtlich ihrer Wettbewerbsrelevanz für das GKV-System so divergent, dass sie dem SpiBu jeweils eine ganz spezifische funktionale Positionierung abverlangen. So obliegt es dem rechtsfähigen G-BA der Kassen und Leistungserbringer im Wesentlichen, den solidarisch finanzierten Leistungskatalog der GKV gemäß Paragraph 92 SGB V zu bestimmen, während es in den direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor allem um die Art der Leistungserbringung einschließlich von Regelungen zur Leistungsvergütung geht. Auch wenn sich die Grenzen zwischen diesen beiden Aufgaben nicht in jedem Fall eindeutig ziehen lassen, kann man vom Grundsatz her feststellen, dass die erste Aufgabe – die Definition des solidarisch finanzierten Leistungskatalogs – ihrem Wesen nach eine Aufgabe ist, die im Ergebnis Einheitlichkeit und Allgemeinverbindlichkeit verlangt und insofern auch grundsätzlich einen „gemeinsamen und einheitlichen“ Findungs- und Entscheidungsprozess erfordert. Wettbewerb kann beziehungsweise soll es hier aus guten Gründen von vornherein nicht geben.

Demgegenüber ist die zweite Aufgabe – die Ausgestaltung von Vertrags- und Vergütungsregelungen zur Leistungserbringung – ein Bereich, in dem es alternative Findungsprozesse und potenziell unterschiedliche Ergebnisse nicht nur geben kann, sondern auch geben soll – und dies nach

¹ Vgl. das Schreiben der SpiBu-Vorstandsvorsitzenden Doris Pfeiffer an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vom 2. Mai 2008, in dem es explizit heißt, dass der SpiBu „nicht zu einer Regulierungsbehörde mutieren (will)“.

den erklärten Reformabsichten des Gesetzgebers in Zukunft sogar in deutlich stärkerem Ausmaß als bisher. Somit stellt sich die Frage, was in diesem Kontext überhaupt unter „nichtwettbewerblichen“ Aufgaben zu verstehen ist.

Eine indirekte Antwort auf diese Frage gibt der Gesetzgeber selbst, indem er in der Begründung zum GKV-WSG die (vertrags-)wettbewerblichen Aufgaben der Krankenkassen explizit benennt: Die „Kassen oder ihre Verbände (erhalten) volle Vertragsfreiheit und damit neue Wettbewerbsfelder. Das gilt für die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge) als Einzelverträge ohne obligatorische Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), für Integrationsverträge sowie für Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken“ (Bundestags-Drucksache 16/3100). Alle anderen Vertragsbeziehungen wären demnach „nichtwettbewerblich“ und damit ab sofort Angelegenheit des SpiBu beziehungsweise – sofern es sich um Vertragsbeziehungen unterhalb der Bundesebene handelt – der auf Landesebene fortbestehenden Kassenverbände, und zwar wie bisher „gemeinsam und einheitlich“. Letzteres gilt nach wie vor für den Krankenhaussektor, der ein wettbewerblicher Ausnahmebereich geblieben beziehungsweise – nach Beseitigung der erst drei Jahre zuvor geschaffenen Selektivvertragsoptionen für hochspezialisierte ambulante Leistungen im Krankenhaus – nunmehr wieder vollends geworden ist. In der ambulanten Versorgung ist die Verpflichtung der Kassen(verbände) zur Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit in den Vertragsbeziehungen mit den KVen dagegen erst vom GKV-WSG geschaffen worden, wobei die Spielräume für landesspezifische Vereinbarungen im Rahmen des künftigen, weithin bundeseinheitlichen Vergütungssystems der Kollektivversorgung allerdings ausgesprochen begrenzt sind.

In der Praxis dürfte sich die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen „nicht wettbewerblich“ (Aufgaben des SpiBu beziehungsweise – unterhalb der Bundesebene – der Kassen oder Kassenverbände gemeinsam und einheitlich) und „wettbewerblich“ (Einzelkassen oder Gemeinschaften von Kassen) allerdings keineswegs so einfach darstellen, wie vom Gesetzgeber offenbar angenommen. So ist der Krankenhaussektor seit jeher ein kompletter und zudem überaus großer „wettbewerblicher Ausnahmebereich“, das heißt ein Bereich mit durchgehend administrativer und kollektivvertraglicher Steuerung. Dagegen gibt es in allen anderen Versorgungssektoren keine „kollektivvertraglichen Ausnahmebereiche“, in denen die Versorgung ausschließlich auf der Basis von Selektivverträgen erfolgen würde. Das heißt, überall dort, wo Selektivverträge möglich sind, stehen diese in einem Komplementär- oder Substitutionsverhältnis zu Kollektivverträgen. Damit ergibt sich aber automatisch eine

zweifache Wettbewerbsdimension: zum einen der ausdrücklich erwünschte Vertragswettbewerb der Krankenkassen untereinander um Selektivverträge mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern und zum anderen eine Konkurrenz zwischen kollektiv- und selektivvertragsbasierter Versorgung. Im Gegensatz zum Kassenwettbewerb auf dem Leistungsmarkt handelt es sich hierbei jedoch um einen Institutionen- beziehungsweise Systemwettbewerb im Sinne eines Wettbewerbs zwischen den Regelsystemen der Kollektiv- und Selektivversorgung auf der darüberliegenden Ebene. Je dominanter kollektivvertragliche Regelungen auf dieser Ebene sind, desto geringer bleiben zwangsläufig die Spielräume für den eigentlich erwünschten Vertragswettbewerb auf der anderen Ebene. Dieser Sachverhalt hat die Autoren eines für die KBV erstellten Gutachtens sogar auf die Idee gebracht, einen „Vertragssystemwettbewerb“ organisieren zu wollen, bei dem sich die Versicherten zwischen kollektiv- und selektivvertragsbasierter Versorgung entscheiden können und so dem einen oder anderen System zum Durchbruch verhelfen (*Knappe und Schulz-Nieswandt 2003*; zur Kritik daran siehe *Cassel und Sundmacher 2006*).

Dabei ist derzeit weitgehend offen, welches Selbstverständnis der SpiBu letztlich entwickelt beziehungsweise „lebt“: Wird er tatsächlich als Verband der Krankenkassen darauf hinwirken, dass seinen Mitgliedern im Vertragswettbewerb möglichst umfangreiche Handlungsfreiräume und individuelle Erfolgspotenziale zur Verfügung stehen? Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass bei der Ausgestaltung und künftigen Fortentwicklung des kollektiven vertragsärztlichen Vergütungssystems besonderes Augenmerk auf dessen „technische Bereinigbarkeit“ gerichtet wird, um eine doppelte Honorierung von Leistungen zu vermeiden und dadurch die finanziellen Barrieren für das Zustandekommen substitutiver Selektivverträge von vornherein so niedrig wie möglich zu halten (für den vertragsärztlichen Bereich vgl. *Schulze und Schwinger 2008*). Auch würde es die Bereitschaft der Kassen zum Abschluss von Selektivverträgen erhöhen, wenn die Höhe des kollektiven Vergütungsniveaus hinreichend Spielraum für attraktive selektive Vergütungsregelungen ließe. In beiden Fällen könnte der SpiBu wesentlich dazu beitragen, dass die Weichen auf der institutionellen Ebene zugunsten des Vertragswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt gestellt werden.

Damit geriete der SpiBu aber zwangsläufig in einen Interessenkonflikt: Je mehr er sich nämlich für die Sache des Vertragswettbewerbs einsetzt, desto mehr schwächt er sich als Akteur im Kollektivvertragssystem. Denn die Zunahme der durch Selektivverträge geregelten Leistungen ginge zwangsläufig zu Lasten der kollektivvertragsbasierten Versorgung und könnte diese schließlich zu einer „Restgröße“ schrumpfen lassen. Aus bürokratiethoretischer Sicht müssten gewisse Zweifel an einer solchen „uneigennützig“

Rolle des SpiBu erlaubt sein. Zumindest erscheint ein Szenario keineswegs unplausibel, in dem sich der SpiBu zu einem „Akteur sui generis“ verselbstständigenden könnte, der lebhaften Vertragswettbewerb in immer mehr Versorgungssektoren – darunter auch im Krankenhausbereich – nicht als seine genuine Aufgabe, sondern eher als unliebsamen Rivalen der kollektivvertraglichen Steuerungskompetenz begreift.

Ungewiss ist in dieser Frage auch die Rolle der Selbstverwaltung des SpiBu. Mehr oder weniger fortgeschrieben aus den überholten Strukturen der „vor-wettbewerblichen Kassenartenwelt“ könnte sie sich – getrieben durch die Interessen bestimmter „Herkunftskassen(arten)“ – mehrheitlich als Kartell der potenziellen (Vertrags-)Wettbewerbsverlierer formieren und den – wie skizziert – ohnehin von einem Hang zur Verselbstständigung bedrohten Eigenakteur SpiBu als operativer Akteur in der kollektivvertragsbasierten Versorgung gegen ein Übermaß an vertragswettbewerblicher Intensität unterstützen beziehungsweise einer solchen Entwicklung zumindest nicht aktiv entgegenstehen.

Dies gilt in ähnlicher Weise auch für den Staat, dem in einer Gesamtbewertung des GKV-WSG – aller anderslautenden Wettbewerbsrhetorik zum Trotz – vielfach ohnehin ausgeprägte Zugriffsabsichten unterstellt werden (*Rebscher 2008*). Denn sollte sich die gesundheitspolitische Exekutive des SpiBu bedienen, um ihre administrativen Entscheidungen leichter als in der vormals pluralistischen Welt der Spitzenverbände der Kassen durchzusetzen, wäre er letztlich das „Trojanische Pferd“ in den Mauern der GKV, mit dem die von den wenigsten gewünschte „Einheitsversicherung“ faktisch durchgesetzt werden könnte.

In diesem Kontext ist schließlich auch darauf hinzuweisen, dass die Rollenambivalenz nicht nur beim SpiBu als dem kassenseitigen Kollektivvertragsakteur besteht, sondern auch bei den KVen auf der anderen Seite. Diese können nämlich in durchaus vergleichbarer Weise als Kollektivvertragsakteure in direkter Konkurrenz zu ihren eigenen Mitgliedern stehen, die sich um Selektivverträge mit den Kassen bemühen.

Auf der Ärzteseite geht die Rollenambivalenz sogar schleichend in eine Rollendiffusion über, weil die KVen gemäß GKV-WSG auch zum Abschluss bestimmter Selektivverträge berechtigt sind – und zwar in Bezug auf die hausarztzentrierte und die besondere ambulante Versorgung. Damit können sie letztlich in unmittelbare Konkurrenz zu sich selbst treten. Um ihre diesbezügliche Handlungsfähigkeit zu sichern, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Stiftung gegründet, die wiederum – zusammen mit der Ärzte- und Apothekerbank sowie mit dem in Besitz der beiden Zwangskörperschaften Ärztekammer und KBV befindlichen Deutschen Ärzte-Verlag –

an einer Aktiengesellschaft beteiligt ist, für die nicht dieselben Handlungsrestriktionen gelten wie für die KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Auf die (aufsichts)rechtliche Beurteilung dieses ordnungspolitischen Verhaues, der selbst in der Standespresse nur noch mit dem Attribut „schizophren“ kommentiert worden ist (*o.V. 2008*), darf man gespannt sein (vgl. dazu auch schon *Jacobs 2005*).

5 Ende offen, alles offen?

Wie bereits betont, war die Organisationsreform des GKV-WSG nicht der erste, aber auch gewiss nicht der letzte Schritt in der Kette fortlaufender Organisationsanpassungen der GKV. Bewusst verzichtet hat der Gesetzgeber einstweilen auf bestimmte, seit längerem angemahnte Reformen der Aufsichtsstrukturen (Stichwort: funktionale und damit zugleich wettbewerbskompatible Zuständigkeitsverteilung von Bundes- und Landesaufsicht; vgl. *Ebsen et al. 2003*) und der Selbstverwaltungsstrukturen der Krankenkassen (noch dringlicher geboten nach Einführung des Gesundheitsfonds, weil perspektivisch mutmaßlich unvermeidliche Zusatzbeiträge allein von den Versicherten aufgebracht werden müssen). Erkennbar unzureichend geregelt im GKV-WSG und deshalb offenkundig bereits seitens der Politik auf die weitere Reformagenda gesetzt, sind darüber hinaus konsistente Regelungen zum Wettbewerbs- und Vergaberecht, das entsprechenden europarechtlichen Anforderungen genügen sollte (vgl. zu diesbezüglichen Optionen aus vertragswettbewerblicher Sicht *Cassel et al. 2008*).

Nach wie vor weitgehend tabuisiert, aber im Sinne einer adäquat ausgestalteten Wettbewerbsordnung ebenfalls regelungsbedürftig, ist schließlich auch die Ausgestaltung von Regelungsparametern mit regionalem Bezug. Wie nicht zuletzt die aktuelle Debatte um die insbesondere von Seiten Bayerns bei der Einführung des Gesundheitsfonds eingeforderte Konvergenzklausel und deren praktische Umsetzung zeigt, besteht auf diesem Feld ein ordnungspolitisch weithin überholter und zudem „kruder Verhau“ in einem schwer aufzulösenden Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Regionalbezügen einzelner GKV-Institutionen und -Aufgaben, landespolitischen Begehrlichkeiten und nicht hinreichender Wettbewerbskompatibilität (*Rürup und Wille 2007*). Letztere krankt vor allem an dem Nebeneinander von einerseits regional begrenzt und andererseits überregional tätigen Krankenkassen, insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung der kassenspezifischen Beitragssätze beziehungsweise ab 2009 der möglicherweise von einzelnen Kassen zu erhebenden Zusatzbeiträge. Hier erscheint es einerseits geboten, regionale Differenzierungsoptionen in Bezug auf die kassenindividuelle Beitragskalkulation zu eröffnen, sowie anderer-

seits die Einführung einer zweiten, regionalen Stufe des Risikostrukturausgleichs zu prüfen (*Wasem et al. 2007*).

6 Fazit

Wie dieser Katalog noch ungelöster Probleme zeigt, ist die Organisationsreform des GKV-WVG weit hinter dem zurückgeblieben, was die Wettbewerbsrhetorik der Großen Koalition zu versprechen schien. Und dort, wo mit der Entkörperlichung der kassenartengebundenen Spitzenverbände und der Bündelung der Kasseninteressen in einem neuen Spitzenverband reformpolitisch Neuland betreten wurde, bleiben die Regelungen merkwürdig diffus und lassen weitgehend offen, wohin die Reise geht. Insofern bergen sie eine beträchtliche Brisanz, die sich künftig in die eine oder andere Richtung entladen könnte.

Jedenfalls ist die seit dem GSG von 1992 im Rohbau befindliche „solidarische Wettbewerbsordnung“, zu der auch eine adäquate Organisationsstruktur gehören würde, noch weit von ihrer Vollendung entfernt und politisch überdies permanent vom Einsturz bedroht. Dies deshalb, weil der inzwischen mögliche und tatsächlich vorhandene Wettbewerb sein Wirkungspotenzial so lange nicht ausschöpfen kann, wie er wegen fehlender oder inadäquater Rahmenbedingungen nicht sachgerecht ablaufen kann und die daraus resultierende Dysfunktionalität dem Wettbewerb selbst, statt seiner unzureichenden ordnungspolitischen Gestaltung zugeschrieben wird. Vor einer solchen Diskreditierung des Wettbewerbs im GKV-System kann nicht eindringlich genug gewarnt werden, steht doch ordnungsökonomisch gesehen auch im Gesundheitswesen kein besseres Allokationssystem zur Verfügung als der durch Wettbewerb getriebene Marktmechanismus.

Literatur

Cassel D (2002): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.) (2002): Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhäuser im Wettbewerb. Stuttgart, New York: Schattauer 2002, 3–40

Cassel D (2007): Gesundheitswesen 2020. Visionen eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. In: Ulrich V, Ried W (Hrsg.). Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos 2007, 689–712

Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J et al. (2008): Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potential des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In: Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (Hrsg.). Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Erscheint 2008 im WIdO-Eigenverlag, Bonn.

Cassel D, Sundmacher T (2006): Systemtransformation durch Systemwettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Eignung des „Vertragssystemwettbewerbs“ beim Übergang vom kollektiv- zum einzelvertraglichen Kontrahieren auf dem Leistungsmarkt. In: Daumann F, Okruch S, Mantzavinos C (Hrsg.). Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens, Festschrift für Peter C. Oberender. Budapest: Andrassy Gyula 2006, 273–303

Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J et al. (2003): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. AOK-Bundesverband (Hrsg.). AOK im Dialog, Band 13. Bonn: AOK-Bundesverband 2003, 145–307

Jacobs K (2000): Elemente einer GKV-Organisationsreform. Funktionalität des Kassenwettbewerbs sichern. Forum für Gesellschaftspolitik, Jg. 6, Heft 2, 45–48

Jacobs K (2005): Kassenärztliche Vereinigungen: Tausendsassa im Wettbewerb? Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 8, Heft 11, 20–21

Knappe E, Schulz-Nieswandt F (2003): Vertragswettbewerb. Zur Neuordnung des Sicherstellungsauftrags zwischen kollektiv- und individualvertraglicher Perspektive und das Problem der Integrationsversorgung im bundesdeutschen Gesundheitswesen auf der Grundlage von Tarifwahlfreiheiten der Versicherten. Gutachten im Auftrag der KBV. Köln, Trier: Mimeo 2002

Knieps F (2003): Krankenkassen-Organisation: Später Abschied vom Feudalsystem. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.). Solidarisch? Aus Prinzip! Festschrift zur Verabschiedung von Peter Kirch als Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Bonn: AOK-Bundesverband 2003, 46–54

o.V. (2008): Kommentar „Schizophren – die KBV tritt als AG mit sich selbst in Konkurrenz“. Ärzte Zeitung vom 18.04.2008;

www.aerztezeitung.de/suchen/default.aspx?query=Schizophren++die+KBV+tritt+als+AG+mit+sich+selbst+in&sid=491610

Rebscher H (2008): Zugriff oder Übergriff. Aufgaben des Staates im Gesundheitswesen. Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 2/08, 4–7

Rürup B, Wille E (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Darmstadt, Mannheim: Mimeo

Schulze S, Schwinger A (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung – Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 62, Heft 1–2, 61–72

Wasem J, Greß S, Jacobs K (2007): Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 139–162

DIE AUTOREN

**Prof. Dr. Dieter Cassel,**

Jahrgang 1939, ist Emeritus für Wirtschaftspolitik an der Mercator School of Management (MSM) der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg. Von 1971–1977 war er Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Wuppertal und lehrte bis 2007 in Duisburg. Er hat mehrere Gutachten zur

**Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des WIdO und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissen-

wettbewerblichen Reform der GKV, des Risikostrukturausgleichs und der Arzneimittelversorgung mitverfasst. Von 2001 bis 2005 war er Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik.

schaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Lehrbeauftragter am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement).