

Wettbewerb in einem korporatistischen System

von Karl-Heinz Schönbach¹

ABSTRACT

Für das deutsche Gesundheitswesen wird heute ein großer Teil der Fragen als ordentlich beantwortet gelten können. Seit allerdings Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen morbiditätsorientiert verbunden sind, wird die Balance der Interessen kaum mehr von klaren Antagonismen und Wettbewerb gestört. So meandern Debatten frei von ordnungspolitischen Maßstäben daher, die Politik müht sich nach Agenden symptomorientiert ab und strukturell notwendige Veränderungen ziehen sich quälend lange hin. Schließlich gehen einem zentral verwalteten System, das als alternativlos gelten darf, schlicht die Ideen aus. Fortschritt ist nur noch, was der Arzt abrechnen kann. Und die Protagonisten genügen sich zunehmend selbst. Dabei war es nach den 1970er- und 80er-Jahren mit ihren Gesetzen zur Kostendämpfung politisches Programm, dem formierten korporatistischen System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einer Wettbewerbsordnung aufzuhelfen. Ihre Grundlage bilden seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 die (Kassen-)Wahlfreiheit der Versicherten und der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen. Doch während der Gesetzgeber das Richtlinien- und Vertragsgeschäft der GKV immer mehr zentralisiert, bleiben die parallel eröffneten Wettbewerbsoptionen weithin ungenutzt. Der Artikel untersucht, ob Wettbewerb in einem korporatistischen System heute als Fehlversuch betrachtet werden muss.

Schlüsselwörter: Korporatismus, Wettbewerb, Wettbewerbsordnung, Wahlfreiheit, Risikostrukturausgleich

The German health care system is presently not mulling over fundamental questions, since most of these seem sufficiently well answered. Ever since doctors, hospitals, and sickness funds have been linked through morbidity orientation, the balance of interests has been unruffled by antagonisms and competition. Debates meander untouched by considerations of the overall political framework. Politicians plough their way through symptom-oriented agendas, and necessary structural changes take forever and a day. The centrally run system seems to be without alternatives and is in danger of losing its creativity. Progress nowadays tends to be defined by alterations in the doctors' fee-schedule, and the protagonists are increasingly self-sufficient. The present situation contrasts starkly with the efforts undertaken after the 1970s and 1980s – two decades mainly characterized by cost-dampening. Ever since the Gesundheitsstrukturgesetz which became effective in 1993 the political programme has consisted in boosting the system by introducing competition and rules of competition, the basis of which have been the insurees' freedom of choice between sickness funds and the risk adjustment scheme. While legislation tends to centralize the system of directives and contracts even further, the freedom which competition offers remains mostly unused. The article tries to answer the question whether competition in a corporate health care system should be considered a failure.

Keywords: corporatism, competition, rules of competition, freedom of choice, risk adjustment scheme

1 Einleitung

Zwar ist in westlichen Gesellschaften Wettbewerb an sich ideologisch sakrosankt. Es gehört sich nicht, Wettbewerb abzulehnen, auch wenn ihn jeder für sich zu vermeiden versucht. Doch gerade im deutschen Gesundheitswesen ist der Wettbewerbs-

begriff schillernd. Im fein granulierten System gewachsener staatlicher Regulierungen werden Spielräume von dazu legitimierten Korporationen geradezu pulverisiert. Für die wirtschaftlichen Akteure beziehungsweise ihre Gruppierungen gehört das Lobbyieren daher zum Kerngeschäft. Schließlich verteilt eine zu jeder Intervention fähige Politik den Managementenerfolg der

¹ Dipl.-Volksw. Karl-Heinz Schönbach, Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ · Cottastraße 2 · 13156 Berlin
Telefon: 030 40394856 · E-Mail: karl-heinz.schoenbach@gmx.de

Akteure jede Legislaturperiode neu. Und da über die Zeit immer mehr Konflikte auf die nächst höhere Ebene drängen, sitzen die Verbände schließlich in einer Art permanenter Verhandlung in Berlin. Dynamisch ist da nichts mehr. Die Inszenierung bewegt zuvörderst die Gemüter der Protagonisten selbst. Zwar hat jeder so seine Mühe mit den anderen, aber man braucht sich im Ensemble. Und da wird der Ruf nach Wettbewerb zur Unterhaltung der Mitglieder schnell ein inhaltlich entleertes, affektives Ritual. So verlangt etwa die Kassenärztliche Bundesvereinigung nur solange Kostenerstattung und Abrechnungsfreiheit, wie diese Forderung ihren Platz in der Runde selbst nicht infrage stellt. Und die Kassenverbände sprechen sich nur für Vertragsspielräume aus, solange dabei praktisch jedes Investitions- und Finanzierungsrisiko ausgeschlossen ist. Kurzum: Im reiferen korporatistischen Ensemble herrscht eine Art geräuschvolles Gleichgewicht des Vermeidens. Alle Seiten rüsten auf, damit nichts passiert. Wettbewerb wäre hier für mehr Effizienz heilsam.

Dass Wettbewerb ohne stimmigen Ordnungsrahmen einer Irrfahrt gleichkommt, zeigt das Beispiel der privaten Krankenversicherung (PKV): Zum einen arbeiten die Versicherungen gemessen an den Verwaltungsausgaben ineffizient, zahlen hohe Abschlussprovisionen und halten sich an den Versicherten schadlos, die den Versicherer aufgrund der mangelnden Übertragbarkeit der Altersrückstellungen nicht wechseln können. Zum anderen oktroyieren die Ärzte den Versicherern und Versicherten eine Selbstbedienungs-Gebührenordnung auf, deren Abrechnungselastizität medizinischen Maßstäben Hohn spricht. Dass damit die Drehscheibe der ambulanten Versorgung auch für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versorgungspolitisch ins Schlingern kommt, war Anlass für die Diskussion um eine einheitliche Gebührenordnung (gegenüber dem GKV-Anteil steigt der Umsatzanteil aus Privatpraxis nach wie vor und erreicht für die Facharztgruppen im Verhältnis zur PKV-Population weit überproportionale Werte, *vergleiche Statistisches Bundesamt 2012; Friedrich-Ebert-Stiftung 2013; Schönbach 2013*). Die Große Koalition hat diese Debatte ignoriert und propagiert stattdessen aktuell mit Termin-Service-Stellen mehr Bürokratie.

Es ist mithin zunächst abzugrenzen, in welchem Ordnungsgefüge welche Parameter in der GKV in einen Wettbewerb gestellt werden sollten. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte kreist im Kern um den Beitragssatz, um Service beziehungsweise Patienteninformation und um Satzungsleistungen, deren Refinanzierung nicht über den Risikostrukturausgleich erfolgt. In einer GKV mit solidarischer Finanzierung ist ein weitergehender Wettbewerb um den Leistungskatalog systemfremd. Und Wahltarife stoßen an enge Grenzen, da Leistungsbestandteile weithin erst gewählt werden, wenn der zeitnahe Bedarf vorhersehbar ist und der Versicherungsgedanke längst nicht mehr greift. Von daher zielt der Wettbewerb der Krankenkassen im Kern einerseits auf Effizienz der Verwaltung

und andererseits auf Effizienz der Leistungserbringung. Er kann sich entwickeln, wenn neben dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auch ein Wettbewerb um Versorgungsverträge eröffnet ist (vergleiche umfassend *Cassel et al. 2006*) und zielt im Kern darauf, Produktion, Distribution und Innovation im Gesundheitswesen im Sinne von Versicherteninteressen dynamisch weiterentwickeln zu können. Dabei muss sich der gewünschte Wettbewerb in den Sozialstaatsgebieten bewegen und zu deren Sicherstellung beitragen. Seit den 1990er-Jahren findet dazu in zahlreichen Ländern eine ordnungspolitische Diskussion um Managed Competition (vergleiche *Enthoven 1993*) und wettbewerbliche Spielräume statt. Wie zu berichten sein wird, sind diese Spielräume in der GKV zumindest auf der Vertragsseite durchaus eröffnet und gerade so eingerichtet, dass sie kaum genutzt werden. Die sogenannten besonderen Versorgungsformen erlauben neue Wege in der Versorgung, können die Erbhöfe der korporatistischen Versorgungsformen aber nicht hinter sich lassen. Statt unternehmerischer Verträge entstehen allenfalls gesundheitspolitische Exempel, die Hypotheken aus dem Kollektivvertrag als Rückfallposition quasi mitschleppen. „Dekor statt Initiative“ scheint die Devise zu sein. Selbst Hausarztverträge, zu denen der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet hatte, kamen als Einzelverträge erst mit staatlichen Zwangsmitteln zustande. Und beim mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auf den Weg gebrachten Innovationsfonds darf sicherlich von einer Verstaatlichung gesprochen werden. Das Budget soll von den korporierten Verbänden im Bundesausschuss gelenkt werden, wobei dem Vorsitzenden und nun auch dem Bundesminister für Gesundheit unmittelbar großes Gewicht zukommen soll, nach dem Motto: „Mehr Innovation war nie.“ Dreht sich bereits der Schlüssel in der Tür zum Bundesamt für Krankenversicherung?

2 Ergebnisse der Entwicklung aus dem GSG

Der Versuch, auf der Angebotsseite der GKV zu differenzierenden Verträgen der Krankenkassen zu kommen, umfasst eine langjährige Entwicklung. Sie hatte erst mit der auf vier Jahre konzipierten, gesetzlich erleichterten Budgetbereinigung an Fahrt aufgenommen. An dieser Stelle wurden die Krankenkassen mit Vertragskonzepten bestürmt, ohne dass eine nachhaltige, also dauerhafte und kompetenzgetragene Vertragsentwicklung zu erkennen war.

Mit den qualitativ strukturierten Disease-Management-Programmen (DMP) ab 2004 konnte das Einzelvertragsgeschäft nicht verbunden werden. Angesichts der erheblichen Refinanzierungseffekte der DMP ging nur die AOK Rheinland-Pfalz ohne Flächenverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung an den Start. So bleibt es bei der anschubfinanzierten integrierten Versorgung. Das Register dazu führte das

TABELLE 1

Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Vorliegende Meldungen zu Verträgen zur integrierten Versorgung ¹	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407
· davon Meldungen zu Verträgen mit Beginn ab dem 1. April 2007				756	1.424
· davon im jeweiligen Kalenderjahr gemeldet		1.913	3.309	5.069	6.183 ²
· davon im Kalenderjahr neu abgeschlossene Verträge ³	1.374 ⁴	1.995	1.597	1.652	756

¹ kumulierte Werte; es werden alle Meldungen zu Verträgen gezählt, die zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres in Kraft waren

² 224 Verträge wurden 2009 nachträglich gemeldet

³ Vertragsbeginn im jeweiligen Kalenderjahr, Vertragsende im jeweiligen Kalenderjahr oder später beziehungsweise unbefristete Verträge

⁴ Vertragsbeginn in den Jahren 2000 bis 2003: 103 Meldungen

Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 15; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS). Diesem zufolge ist die Zahl der Verträge zunächst kontinuierlich angestiegen (vergleiche Tabelle 1). Insbesondere aufgrund noch Hunderter BKKs fanden Mehrfachmeldungen statt. Die Zahl der Neuverträge flachte nach Auslaufen der Anschubfinanzierung ab (vergleiche Tabelle 1), obschon das Vergütungsvolumen noch anstieg (vergleiche Tabelle 2). Nach Ende des BQS-Reportings 2008 liegen nur Einzeldaten vor, die eine weitere Konsolidierung zeigen.

Die regionale Entwicklung ist durchaus unterschiedlich und lässt ebenso Schwerpunkte wie gegenläufige Entwicklungen erkennen. Wie intensiv oder extensiv das Vertragsgeschäft regional betrieben wird, lässt sich gerade auch anhand der Kennziffer „Versicherte je Vertrag“ andeuten. Weithin wurden von den Krankenkassen Verträge nur geschlossen, um in den Rankings der Verbraucherverbände Platzhalter zu schaffen. Eine Steuerung des Fallmanagements wird in den Verträgen meist erst gar nicht vorgesehen. Entsprechend bewegt sich diese Kennziffer in zahlreichen Regionen auffällig niedrig, geht etwa in Westfalen-Lippe, Sachsen-Anhalt und dem Saarland sogar im Zeitablauf zurück und steigt lediglich in einer dritten Gruppe von Berlin, Brandenburg und Bayern deutlich an (vergleiche Abbildung 1). Als Problem erweist sich insbesondere die Beteiligung der Hausärzte. Sie wird unterschiedlich gehandhabt und nur in der dritten genannten Gruppe teils forciert. Auch bei den Hausarztverträgen nach Paragraph 73 b des Fünften Sozialbuchs (SGB V), deren Modellfall Baden-Württemberg darstellt, kennzeichnet selbst die gesetzlich erzwungene Ausbreitung ab 2009 gravierende regionale Zurückhaltung. Was zuvor nicht wettbewerblich plural an Vertragspartnerschaften zustande kam, das konnte erst durch Kontrahierungszwang unter Zuhilfenahme von Schiedspersonen erzwungen werden. Von einer Wettbewerbs- oder Einzelvertragskultur ist jedenfalls nicht zu sprechen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass der Wettbewerb auf einer Systemebene von Angebot und Nachfrage, wie er im Einzelvertragsgeschäft stattfindet, weit unten im Ein-Prozent-Korridor verharrt. Ärzte und Krankenhäuser lösen mit diesem Instrument örtliche Versorgungsprobleme, und das ist gut so. Ein dynamischer Beitrag zur Steuerung des Gesundheitswesens zeichnet sich wohl nicht ab. Auch für die besonderen Versorgungsformen außerhalb der integrierten Versorgung, die besondere hausärztliche (Paragraph 73 b SGB V) und fachärztliche Versorgung (Paragraph 73 c SGB V) darf eine Dynamik mit Fug und Recht bezweifelt werden. Die Tür für Verträge der Einzelkassen stand sperrangelweit offen und bleibt doch weithin ungenutzt. Lediglich die AOK Baden-Württemberg verfolgt erfolgreich ein nachhaltiges Konzept der besonderen Versorgung. Hier besteht ein mit dem Hausarztvertrag schlüssig verbundenes Portfolio qualitativ anspruchsvoller Facharztverträge. Die AOK Bayern hat ihren hochfliegenden Hausarztvertrag neu aufgestellt und unterstützt mit Gewicht eine Reihe von Praxisnetzen mit 65.000 eingeschriebenen Versicherten. Das Gesamtergebnis hat sich auch nicht ab Mitte 2009 wirklich geändert, nachdem sich der Gesetzgeber im Hinblick auf die zunächst wettbewerblich konzipierten Hausarztverträge zu einer Fristenlösung unter Zuhilfenahme von Schiedspersonen hat hinreißen lassen (ausführliche Einzelheiten dazu liefert *Paquet 2011*).

3 Kontrahierungszwang und Wettbewerb

Der Gesetzgeber hatte mithin durchaus die Chance zu einem Wettbewerb um Versorgungsverträge eröffnet. Wäre sie politisch wirksamer genutzt worden – das Beispiel gibt Baden-Württemberg – hätte die Gesetzgebung diesen Weg entschiedener fortgesetzt. Auch im Zusammenhang mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat der Bundestag ja den Abbau von Hemmnissen

TABELLE 2

Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Tausend)	679	2.973	3.762	3.956	4.036
Geschätztes Vergütungsvolumen in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Millionen Euro)	248	498	650	768	811

Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 17; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

betrieben, weil die besonderen Versorgungsformen weiter an Elan verloren haben. Es gibt zwar inzwischen eine Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung, und Praxisnetz-Interessen werden ebenso verbandlich organisiert wie die der Medizinischen Versorgungszentren, aber die Vertragsentwicklung mit den Krankenkassen findet nicht den Weg aus der Nische, weil die Kollektivverträge das bestimmende Momentum bilden. Schließlich stellen die Krankenkassen im System der GKV die Leistungsansprüche der Versicherten unter Zuhilfenahme von Vertragspartnern sicher. Eigeneinrichtungen sind praktisch verboten. Für Leistungsanbieter besteht Berufs- beziehungsweise Niederlassungsfreiheit. Vertragsrechte und Spielregeln der Vertragspartner sind im Beziehungsrecht des SGB V festgelegt. Das Vertragsrecht obliegt den maßgeblichen Verbänden auf den jeweiligen Seiten (beim ambulanten Operieren und der spezialärztlichen Versorgung sind es gleich drei). Wie angedeutet werden zentrale Rahmenbedingungen und fast alle relevanten ökonomischen Stellgrößen auf Bundesebene festgelegt. Dafür ist inzwischen aufseiten der Krankenkassen singulär der GKV-Spitzenverband eingerichtet. Für die abschließenden Verträge kontrahieren die Krankenkassen beziehungsweise ihre Verbände auf Landesebene mit den Pflicht-Vereinigungen der Leistungserbringer in Flächenverträgen. Bestimmend dabei sind folgende Punkte:

- Die Bedarfsplanung beschränkt sich – wenn sie überhaupt eine Rolle spielt – nur auf strukturierte Verteilungsfunktionen in der Fläche, und der Bedarf wird aus historischen Relationen abgeleitet. Der patientenbezogene Leistungsbedarf spielt dabei nur indirekt abgeleitet eine Rolle und bemisst sich ansonsten daran, was die Ärzte zuvor im Gleichschritt abgerechnet haben.
- Für die Zulassung stehen qualifikatorische Voraussetzungen im Vordergrund und nicht der Bedarf der Versicherten, was sich zunächst strukturell etwa in der Facharzt Dominanz der Versorgung ausdrückt und in der Praxis durch eine verrichtungsbezogene Honorierung im Gegensatz zu einer patientenbezogenen Honorierung gefestigt wird.
- Verträge sind für alle Leistungserbringer von deren Pflichtverband mit den Verbänden der Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ abzuschließen.

- Dabei besteht für die Vertragspartner Kontrahierungspflicht mit Zwangsschlichtung.
- Der Gesetzgeber macht für die so formierten Sektoren dezierte Vorgaben für die jährliche Veränderung des regionalen Vergütungsvolumens.

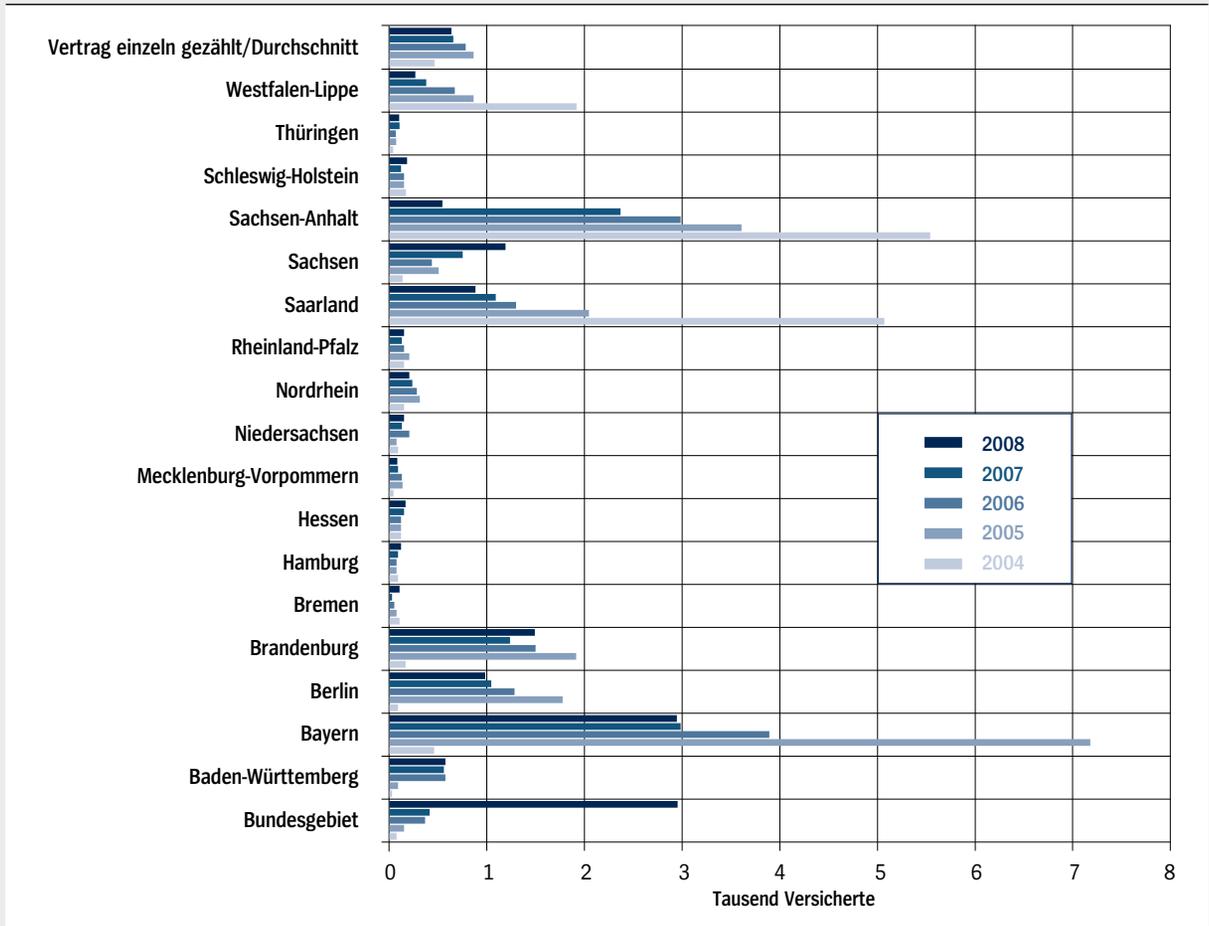
So sind die gesamten Einnahmen der jeweiligen Krankenkasse praktisch durch zentrale staatliche und verbandliche Entscheidungen verplant. Dies geschieht mit großer Präzision, eliminiert außerdem erwartete Beitragssatzunterschiede und reduziert die Neigung zu wettbewerblichen Vorstößen. Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens bekommen die Kassen Einnahmen nach dem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (M-RSA) und damit nach dem nach Risikomerkmale differenzierten Ausgabenbedarf ihrer Versicherten zugewiesen. Zweitens sind die wesentlichen Ausgabenrisiken und Einnahmenerwartungen der Krankenkassen über den Diagnosebezug von Vergütungen und Risikostrukturausgleich verbunden.

Auch für den ungeübten Beobachter, der sich nicht von allzu vielen Details blenden lässt, entsteht der Eindruck eines in sich geschlossenen Systems:

- Jeder, der kann, wird zugelassen und darf zulasten der Krankenkasse ohne Weiteres leisten, was sich zuvor abrechnungsunauffällig als durchschnittlich erwarteter Bedarf der Versicherten gerechtfertigt hat. Instrumente gegen die sich daraus ergebende Leistungsvermehrung im Gleichschritt – Budgets, Richtgrößen, degressiv verlaufende Preise und so weiter – haben jeweils eine abnehmende politische Halbwertszeit: Der Ausgabendruck hält mithin an, solange gesetzlich kein unangemessen hoher Beitragsbedarf unterstellt wird.
- Gegen diese Dynamik durch Einzelverträge Inseln der Stabilität zu erzeugen, kann nur von Bestand sein, wenn sie gegen das inflationäre Gesamtsystem abgeschottet werden können – etwa durch (Teil-)Ausstieg aus dem Kontrahierungszwang und Entkopplung der Budgetanreize – oder durch einen Big Bang wie bei der AOK Baden-Württemberg. Verträge ohne eigene Systemrelevanz werden dagegen ausgebeutet und gehen unter.

ABBILDUNG 1

Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag (nach Region)



Quelle: Registrierungsstelle nach Paragraph 140 d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der BRD 2004 bis 2008, Seite 19; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

c. Wer als Krankenkasse solchen Rahmenbedingungen unterliegt und nicht das Format zu einem systemrelevanten Vertrag mitbringt, der wird kein Lehrgeld für Experimente zahlen wollen, sondern bei Pauschalierungen Hilfe suchen, die die Leistungszunahme verdecken und Preise reduzieren. Wenn zusätzliche Ausgaben nicht zu vermeiden sind, sollen sie zumindest die erwarteten Einnahmen erhöhen. Verträge der Krankenkassen zur Einnahmensicherung unter M-RSA-Gesichtspunkten kränken das seit dem Gesundheitsstrukturgesetz verfolgte Wettbewerbskonzept in seinem Kerngedanken.

Damit soll verdeutlicht werden, unter welchen Voraussetzungen ein einzelvertraglicher Wettbewerb um die besten Versorgungsverträge initiiert werden soll. Erhalten nämlich nunmehr Krankenkassen und Gruppen von Leistungserbrin-

gern das Recht, Verträge abzuschließen, passiert Folgendes:

- Es gehen Partner aufeinander zu, die bereits durch Verträge mit höherer Reichweite und von Verbänden gebunden sind, die den zusätzlichen Einzelvertrag als Kompetenz-, Umsatz- und Machtverlust betrachten.
- Die Leistungserbringer erwarten gegenüber dem Flächenvertrag, in den sie jederzeit zurückfallen können, Zugeständnisse bei Preisen, Konditionen und Mengen, während die Krankenkassen in der Regel nicht an letzter Stelle umgehend quantifizierbare Einsparungen erwarten.
- Ein Deal zeichnet sich in der Regel dadurch aus, mit höherer Qualität, die höhere Preise rechtfertigt, aus der Leistungserhöhung des Flächenvertrages auszusteigen, ohne dass allerdings entsprechende Mehrleistungen im Flächenvertrag ausgeschlossen werden können.

Von daher werden Krankenkassen und Leistungserbringer einen Vertrag unterschreiben, soweit und solange er sich für sie betriebswirtschaftlich positiv rechnet. Sieht man zur Vereinfachung von Effekten auf nachgelagerte Leistungsstufen und Marketingeffekten ab, wird sich ein von der Beteiligung der Versicherten her begrenzter Vertrag nur bei herausgehobenen, teuren Leistungen rechnen können, die wiederum leichter einem Controlling unterzogen werden können. An dieser Stelle dürfte der Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigung vergleichsweise gering sein, weil die Budgetbereinigung keinen großen Umfang hat. Allerdings ist das Interesse der Krankenkasse begrenzt, wenn punktuelle Mengeneffekte danach in der Fläche kompensiert werden können. Das Schließen regionaler Versorgungslücken steht hier im Mittelpunkt.

Nimmt die Beteiligung der Versicherten und die Allgemeinheit der einzelvertraglich kontrahierten Leistung zu, ist ein gehaltvolles Controlling erschwert. Möglicherweise wird nur – ohne für den Patienten erkennbare Änderung – anders abgerechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung wird somit bei vermutetem geringem Qualitätsunterschied mit umfangreichen Budgetbereinigungen konfrontiert und den Vertrag zu stören versuchen. Der Attraktivität für die Krankenkasse ist aus den genannten Gründen nicht gedient. Ihr werden Einsparungen zugesichert, die sich als Luftbuchung erweisen. Hinzu kommen Transaktionskosten aller Art und Auseinandersetzungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die ja alleiniger Kollektivvertragspartner ist. Die Risiken auf die Leistungserbringer zu verlagern, vernichtet dort den Leistungsanreiz.

Hat eine Krankenkasse im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung einen hohen Marktanteil und kann sowohl im Kollektivvertrag als auch im Selektivvertrag einen marktrelevanten Einfluss geltend machen, kann sie die oben skizzierten Widerstände maßgeblich reduzieren. Ansonsten aber darf es nicht verwundern, dass die Einzelverträge allenfalls bei punktuellen Versorgungsproblemen genutzt werden sowie als widerrufbare Add-on-Verträge ohne Budgetbereinigung zu Marketingzwecken. Der Plan, dem korporativen Zwangssystem in der Fläche mit Wettbewerbsimpulsen aufzuhelfen, gelingt nicht.

4 Kontrahierungszwang zumindest modifizieren

In einem geschlossenen GKV-System mit Kontrahierungszwang und vollständiger fiskalischer Verbundenheit kann Wettbewerb nur begrenzt entstehen. Will die GKV über den Tag hinaus etwas bewegen, bedarf es zumindest gewisser Modifikationen, die das eingangs angesprochene Gleichgewicht des Vermeidens stören. Die radikale Inkarnation einer solchen Störung, das Globalbudget, ist heute kaum noch

eine Fußnote wert. Auch der Mitte der 2000er-Jahre diskutierte Übergang der fachärztlichen Versorgung in ein Einzelvertragssystem mit Wahlrecht der Fachärzte im Bestand oder die mildere prospektive jährliche Anhebung der prozentualen Marge der Budgets für eine erleichterte Budgetbereinigung sind politisch abgehakt. Noch nicht ausgetestet ist dagegen die Begrenzung des Kollektivvertragsrechtes nach dem Bedarf der Versicherten bei neuen Versorgungsformen.

Beim ambulanten Operieren und einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die sich nicht länger auf schwere Verlaufsformen von Erkrankungen beschränkt, ließe sich unter Vermeidung sektoraler Budgets und mit konsequenter Qualitätssteuerung eine leistungsbezogene Bedarfsplanung mit Versichertenbezug aufbauen. Staatlich vorzugeben und zu beaufsichtigen ist auf dieser Grundlage die vertraglich gesicherte Verfügbarkeit von Kapazitäten in Bedarfsplanungsbezirken. Die Verträge dazu wären einzelvertraglich auszuschreiben. Kontrahiert dabei jede einzelne Krankenkasse im Umfang des von der GKV benötigten Leistungsbedarfs, so ist dem Gesichtspunkt der notwendigen Auswahlfreiheit der Versicherten definitiv Genüge getan. Entsprechende Übergänge zu einem wettbewerblichen Vertragssystem mit einheitlich definierten Grundlagen und Qualitätsstandards hätten sich wie erwähnt auch bei den DMPs ergeben, wenn sie nicht historisch mit extraordinären Refinanzierungsanreizen der Krankenkassen befrachtet worden wären. Weitere Versorgungsgebiete über regionale Sonderprobleme hinaus lassen sich einbeziehen.

5 Wie schnell ist nichts passiert

Wettbewerb in dem hier verstandenen Sinne kommt in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang offenbar schwerlich aus den Nischen heraus. Einzelverträge ermöglichen sicherlich einen Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite. Darüber hinausgehende Entwicklungen sind vielfach gehemmt. Somit finden sich kaum Vertragspartner erfolgreich zusammen, die Innovationen vorantreiben und die Grenzen des Kollektivvertragssystems politisch deutlich machen. Deren Protagonisten bemächtigen sich vielmehr inzwischen politisch eines zentral verwalteten Innovationsbudgets (vergleiche dazu unabhängig von der aktuellen Diskussion *Jacobs 2010* und aktuell *Ulrich et al. 2014*). Währenddessen werden die Systemdefekte innerhalb des Kollektivvertragssystems (vergleiche *Schönbach 2014*) von der gesundheitspolitischen Diskussion ausgeklammert. Sie liegen im Schatten der gesundheitspolitischen Tabus beziehungsweise Friedensgrenzen

- der morbiditätsorientiert verbundenen Kollektivvertragspartner,

- der unter Fehlanreizen konkurrierenden GKV und PKV (vergleiche *Friedrich-Ebert-Stiftung 2013* und *Schönbach 2013*) und
- der widerstrebenden Krankenhauspolitik von Bund und Ländern (vergleiche *Malzahn et al. 2014*).

Ein selbsttragender Wettbewerb um Versorgungsverträge mit Systemwirkung steht aus. Gleichwohl kann nicht von einem Fehlversuch gesprochen werden, denn der Versuch ist keineswegs abgeschlossen und weitere können folgen. Wege aus dem Gleichgewicht des Vermeidens zu finden, ist eine Daueraufgabe.

Literatur

Cassel D et al. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes; http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf

Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Band 12, Heft 1, 24–48

Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Expertenkommission der Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO

Diskurs); <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf>

Jacobs K (2010): Der Innovationsfonds – ein ordnungsökonomischer Irrläufer. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 15, Heft 2, 67–69

Malzahn J, Schönbach KH, Wehner C (2014): Qualitätswettbewerb in den Leitplanken einer bedarfsorientierten Krankenhausplanung und -finanzierung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 68, Heft 4/5, 19–32

Paquet R (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs); <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>

Schönbach KH (2013): Reform der ambulanten Vergütung? In: IMPLICATIONplus – Gesundheitspolitische Analysen, Heft 3

Schönbach KH (2014): Reformbedarf der Versorgungsstrukturen in der GKV: Systemdefekte behindern die Gesundheitspolitik. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 68, Heft 1, 32–40

Statistisches Bundesamt (2012): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2, Reihe 1.6.1; www.destatis.de → Publikationen → Thematische Veröffentlichungen → Dienstleistungen

Ulrich V, Maier C, Trescher AL (2014): Wie wird der Innovationsfonds innovativ? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 68, Heft 2, 10–15

(letzter Zugriff auf alle Quellen am 25. Juni 2015)

DER AUTOR



Karl-Heinz Schönbach,

Jahrgang 1954, ist Diplom-Volkswirt. Er war von 2008 bis 2014 Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin. Seit 1987 ist er Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Schönbach war vor seinen Stationen in der Krankenversicherung Leiter der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit beim Bundesminister für Arbeit in Bonn. Seine Veröffentlichungsschwerpunkte sind Versorgungssysteme und der Wettbewerb im Gesundheitswesen.