

Versorgungsorientierter Kassenwettbewerb

Ein Muss auf der gesundheitspolitischen Reformagenda

KLAUS JACOBS

Prof. Dr. Klaus Jacobs, von 2002 bis 2023 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO), ist Honorarprofessor an der Universität Duisburg-Essen und lebt als Berater und Publizist in Berlin

Die Ampel-Regierung hat die GKV in einer stark angespannten Finanzlage übernommen, aber selbst bislang keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Verbesserung geleistet. Insbesondere gibt es nach wie vor kein konsistentes ordnungsökonomisches Steuerungskonzept zur Verbesserung der Versorgungseffizienz. Völlig aus dem Blick geraten ist das Instrumentarium des Vertragswettbewerbs zur dezentralen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Weil die stattdessen dominierenden Instrumente der zentralen Plan- und Kollektivwirtschaft an enge Grenzen stoßen, sollten erneut Anstrengungen unternommen werden, den Krankenkassenwettbewerb gezielt versorgungsorientiert zu nutzen. Dabei kann ein Blick in die Niederlande und die Schweiz wertvolle Hilfestellung leisten.

1. Einleitung

Wenn sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für die „Entökonomisierung“ des Gesundheitswesens stark macht, dürfte er dabei kaum die Ordnungsökonomie im Sinn haben, denn von deren Existenz hat er vermutlich keine große Kenntnis. Schließlich stellt sich die Gesundheitspolitik seiner bisherigen Amtszeit genauso weitgehend als ordnungsökonomischer Blindflug dar wie die seines Vorgängers Jens Spahn. Das gilt keineswegs allein, aber besonders für die Rolle des Krankenkassenwettbewerbs, den es seit Mitte der 1990er Jahre als Folge der Einführung von freier Krankenkassenwahl und Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt und auf den zumindest zu Beginn viele Hoffnungen gesetzt wurden, um einen Beitrag zur gezielten Verbesserung von Qualität

und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu leisten.

Das hat sich jedoch erkennbar verändert. Mittlerweile scheint die Rolle der Krankenkassen als aktive (Mit-) Gestalter der Gesundheitsversorgung sogar generell in Frage zu stehen – ob wettbewerblich oder nicht. Das lässt sich etwa daran ablesen, dass bei aktuellen Reformvorhaben der Ampel-Regierung, z. B. in zwei Referentenentwürfen zum geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 21.03. und 08.04.2024 mit Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen zwei Instrumente der Versorgungsgestaltung vorgesehen waren, bei denen die Kommunen das Initiativrecht erhalten sollten – also Akteure, die sich in Deutschland bislang nicht als engagierte und kompetente „Player“ auf diesem Feld ausgezeichnet hatten. Zwar waren diese beiden Instrumente

nicht mehr im GVSG-Kabinettsentwurf vom 22.05.2024 enthalten, doch hält Karl Lauterbach unverdrossen an der Forderung fest, dass die Kommunen mehr Mitspracherechte erhalten müssten (OPG 2024: 11). Dass sich der Minister ähnlich klar für die Ausweitung des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Stärkung innovativer Versorgungsformen ausgesprochen hätte, wie es im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung angekündigt wird (SPD/Grüne/FDP 2021: 84), ist dagegen nicht bekannt. Vielmehr hat es den Anschein, als sollten die Krankenkassen weitgehend auf die „Payer“-Funktion beschränkt bleiben. Dass sie auch bei der geplanten Krankenhausstrukturreform als aktive Versorgungsgestalter nicht vorkommen, scheint gut eineinhalb Jahrzehnte nach „Elektiv wird selektiv“ (Leber/Malzahn/Wolff 2008) schon niemandem mehr aufzufallen.

Auch wenn vertragswettbewerbliche Versorgungssteuerung somit aktuell keine Konjunktur hat, lohnt es gleichwohl, diese Steuerungsalternative nicht aus dem Blick zu verlieren. Schließlich ist unstrittig, dass die immer angespanntere Finanzlage der GKV strukturelle Reformen erfordert. Dem gesetzlichen Auftrag, bis Ende Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten und dabei insbesondere auch die Ausgabenseite in den Blick zu nehmen (§ 220 SGB V Abs. 4), ist das Bundesgesundheitsministerium nicht substantiell nachgekommen, doch ist diese Aufgabe damit keineswegs obsolet – im Gegenteil. Sofern mit ausgabenseitigen Maßnahmen nicht allein Leistungskürzungen gemeint sein sollen – etwa in Form höherer Selbstbeteiligungen von Patientinnen und Patienten –, geht an effizienteren Versorgungsstrukturen kein Weg vorbei. Dabei kann gerade das Instrumentarium des versorgungsorientierten Kassenwettbewerbs ausgesprochen hilfreich sein. Die teilweise verbreitete Einschätzung, wonach der bisherige Vertragswettbewerb im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung „nichts gebracht“ habe, springt jedenfalls zu kurz. Sie erscheint zwar einerseits insoweit nachvollziehbar, als die Kassen tatsächlich – abgesehen von der durch Facharztverträge gezielt ergänzten Hausarztversorgung

in Baden-Württemberg (Bauernfeind/Stegmaier 2023) – kaum selektivvertragliche Leuchtturmprojekte vorweisen können. Sie muss andererseits jedoch relativiert werden, weil die vertragswettbewerblichen Rahmenbedingungen in den vergangenen dreißig Jahren zu keinem Zeitpunkt hinreichend stimmig ausgestaltet waren.

Das macht im Folgenden zunächst ein kurzer Rückblick deutlich, bevor in die Niederlande und die Schweiz geschaut wird – also in zwei Nachbarländer, in denen der Vertragswettbewerb deutlich besser funktioniert als bei uns. Im Anschluss daran werden zwei wichtige Lehren für die gesundheitspolitische Debatte gezogen, ehe abschließend ein kurzer Ausblick erfolgt.

2. Dreißeig Jahre vertragswettbewerbliche Dysfunktionalität

Der konzeptionelle Rahmen für versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb mit Selektivverträgen als dem „ökonomischen Kern“ wird in Deutschland seit rund dreißig Jahren als „Solidarische Wettbewerbsordnung“ bezeichnet (Jacobs/Rebscher 2014; Cassel/Jacobs 2023). In der internationalen gesundheitsökonomischen Literatur ist hierfür der Begriff „Managed Competition“ gebräuchlich, der auf Alain Enthoven zurückgeht (Enthoven 1993). Als zentraler vertragswettbewerblicher Versorgungsbereich gilt seit ihrer Einführung im Jahr 2000 die Integrierte Versorgung (Jacobs/Vauth 2024). Weil jedoch deren erster gesetzlicher Rahmen untauglich ausgestaltet war – etwa fehlende Bereinigungsvorschriften für die Kollektivvergütungen zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen oder nachträgliche Beitrittsrechte Dritter –, kamen anfangs praktisch keine selektiven Integrationsverträge zustande. Das änderte sich ab 2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), als neben der Option eines Teilnahmebonus für eingeschriebene Versicherte der etwas schief als „Anschubfinanzierung“ bezeichnete 1-Prozent-Pauschalabzug von den Kollektivvergütungen eingeführt wurde. Hierdurch kam das Selektivvertragsgeschehen in Gang und in den insgesamt fünf Jahren des Bestehens dieser Regelung wurden bis 2008 gut 6.400 Verträge mit über 4 Millionen

eingeschriebenen Versicherten geschlossen (Schönbach 2015: 19).

Danach wurde diese Entwicklung allerdings abrupt gestoppt, denn zum einen lief 2009 der pragmatische Pauschalabzug aus, ohne dass zwischenzeitlich eine wirksame Bereinigungsvorschrift für die Kollektivvergütungen geschaffen worden war. Zum anderen wirkte sich die Einführung des Gesundheitsfonds kontraproduktiv aus. Dieser war zwar einerseits mit der (zunächst partiellen) direkten Morbiditätsorientierung des RSA verbunden, doch löste seine anfänglich dysfunktionale Zusatzbeitrags-Konstruktion andererseits bei den Kassen einen „Zusatzbeitrags-Vermeidungswettbewerb“ aus. Dieser bewirkte, dass alle disponiblen Investitionen in neue Vertrags- und Versorgungsformen auf den Prüfstand gestellt bzw. vielfach rundweg beendet wurden, ehe sie überhaupt vollends wirksam werden konnten. Zwar wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab 2016 ein neuer Anlauf zur Lösung der Bereinigungsproblematik für die jetzt unter der Überschrift „Besondere Versorgung“ in § 140a SGB V weitergeführte Integrierte Versorgung unternommen, doch wurde zugleich mit dem Innovationsfonds ein Instrument eingeführt, von dem eher das Gegenteil eines vertragswettbewerblichen Aufbruchsignals ausging (Cassel/Jacobs 2015; Hermann 2023). Durch die Anfang 2024 im Digitalgesetz erfolgte Entfristung („Verstetigung“) des Innovationsfonds über 2024 hinaus wurde dieses für produktiven Vertragswettbewerb fragwürdige Signal noch einmal verstärkt.

Das zweite selektivvertragliche Handlungsfeld neben der Integrierten Versorgung ist seit 2004 die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV; Cassel/Jacobs 2023). Diese war zu Beginn allerdings derart weitgehend in das Kollektivvertragsregime eingebettet – mit weitreichenden Vorgaben der Kollektivvertragsparteien bis hin zur Vergütung –, dass nur wenige Verträge zustande kamen, die zudem fast ausnahmslos „Add-on-Charakter“ zur Kollektivversorgung hatten. Zwei Gesetzesänderungen sollten dies ändern: zunächst 2007 im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) die Beseitigung der weitreichenden Einflussmöglichkeiten der Kollektivvertragsparteien, der Übergang der Sicherstellung auf die Kassen und die

Option eines HzV-Wahltarifs, die jedoch einhergingen mit einer flächendeckenden Angebotspflicht der Kassen. Doch damit nicht genug: Nur zwei Jahre später wurde die Angebotspflicht im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) durch die faktische Vorgabe der HzV-Vertragspartner verschärft, denen auch noch ein Schiedsanspruch eingeräumt wurde. Damit wurde im Ergebnis nicht nur die Freiwilligkeit, sondern zugleich die Selektivität dieser Vertragsform aufgegeben. Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass nur weitere zwei Jahre später, also 2011, im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) durch die inzwischen amtierende christlich-liberale Bundesregierung mit der Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der HzV auf die Entwicklung im Kollektivvertrag der „faktische Tod“ dieser Vertragsform besiegelt wurde, ehe diese Regelung ab April 2014 – inzwischen regierte wieder eine Große Koalition – im Rahmen des 14. SGB V-Änderungsgesetzes rückgängig gemacht wurde. Somit gab es für die HzV in nur elf Jahren fünf verschiedene Gesetzesregelungen.

Danach wurde es in Bezug auf gesetzgeberische Maßnahmen zehn Jahre lang still um die HzV. Umso überraschender war es deshalb, als im Frühjahr 2024 in den beiden bereits genannten Referententwürfen zum GVSG plötzlich ein obligatorischer Versichertenbonus in Höhe von mindestens 30 Euro/Jahr für die Einschreibung in HzV-Verträge auftauchte, der allerdings im GVSG-Kabinettsentwurf vom 22.05.2024 wieder gestrichen wurde. Weil das GVSG vor allem beträchtliche Vergütungsverbesserungen in der hausärztlichen Kollektivversorgung vorsieht – Stichwort „Entbudgetierung“ –, entbehrte es ohnehin jeglicher Logik, gleichzeitig die Attraktivität der Selektivvertragsoption HzV durch einen Pflichtbonus erhöhen zu wollen. Dies hätte zu hohen Mehrausgaben geführt, bei denen allein schon aufgrund von erwartbaren Mitnahmeeffekten durch gesunde Versicherte von vornherein keine Aussicht auf eine Kompensation im Wege möglicher Effizienzgewinne bestanden hätte.

Schließlich sei hier noch auf einen dritten Versorgungsbereich hingewiesen, der zumindest anfangs Selektivvertragscharakter hatte, nämlich die als Vorgänger der heutigen Ambulan-

ten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 2004 mit einem konsequenten Selektivvertragsregime eingeführte ambulante Behandlung hochspezialisierten Leistungen im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Jacobs 2019). Solche Verträge kamen seinerzeit nicht zustande, weil zum einen Bereinigungsvorschriften für die sektoralen Kollektivvergütungen fehlten und zum anderen der RSA zu diesem Zeitpunkt noch nicht direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet war. Weil es sich bei den in Frage kommenden Patientengruppen aber durchweg um besonders kostenintensive Versicherte handelt, konnte keine Krankenkasse deren zusätzliche Attrahierung durch spezielle Versorgungsangebote riskieren. Zwar wurde dieses zentrale Anreizdefizit 2007 im Rahmen des GKV-WSG durch die direkte Morbiditätsorientierung des RSA beseitigt, doch wurde diese Selektivvertragsoption ausgerechnet im selben Gesetz zugunsten einer wettbewerbsfreien „Bestimmungslösung“ abgelöst. Diese hatte ihrerseits jedoch auch nur kurzen Bestand, denn sie machte ab 2012 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Platz für die gänzlich vertragsfreie ASV, die auf der Grundlage bundeseinheitlicher Teilnahme- und Vergütungsregelungen nach der Devise „Wer kann, der darf“ erfolgt.

Dieser kursorische Rückblick sollte eigentlich genügen, um zu zeigen, wie wechselhaft und widersprüchlich, zum Teil geradezu erratisch die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Vertragswettbewerb als zentrales Instrument versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerbs in der GKV seit Einführung von freier Kassenwahl und RSA waren, also des Wettbewerbs, über den oftmals pauschal geurteilt wird, dass er nichts gebracht habe. Rhetorisch gefragt: Wie hätte er das unter diesen Umständen tun können?

Wie wenig gleichwohl die aktuelle gesundheitspolitische Reformdebatte, aber auch dezidiert hierauf bezogene wissenschaftliche Expertisen von den hier angestellten Überlegungen tangiert werden, hat soeben die Anfang Mai 2024 vorgelegte Zehnte Stellungnahme der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ deutlich gemacht (Regierungskommission 2024). Zu allen drei angesprochenen Versorgungsformen

positioniert sich die Regierungskommission nämlich ganz anders:

- Zur Option selektiver Integrationsverträge nach § 140a SGB V nimmt die Kommission eigentlich gar keine explizite Position ein, weil sie dieses vertragswettbewerbliche Instrument einer flexiblen, dezentralen Versorgungssteuerung schlichtweg ignoriert, was gerade im Kontext der angestrebten Überwindung von Sektorengrenzen überaus bemerkenswert erscheint.
- In Bezug auf die HzV verweist die Kommission – quellenfrei – pauschal auf positive Erfahrungen und blendet dabei mutmaßlich aus, dass das einzige größere selektivvertragliche Versorgungsmodell der AOK Baden-Württemberg und der BKK Bosch, das (wiederholt) positiv evaluiert worden ist, ein strukturiertes Haus- und Facharztprogramm darstellt und somit weit über reine HzV-Modelle hinausreicht, die im Unterschied zu substitutiven Vollversorgungsmodellen zumeist ohnehin bloßen „Add-on-Charakter“ zur Kollektivversorgung aufweisen.
- Schließlich zitiert die Kommission bei der ASV eine positive Einschätzung des Sachverständigenrats Gesundheit (und macht sie sich damit gleichsam zu eigen), der die ASV in seinem Gutachten 2018 als Benchmark bezeichnet hatte (SVR 2018: Tz. 590), nachdem er sich 2012 noch für ihre selektivvertragliche Gestaltung ausgesprochen hatte (SVR 2012: Tz. 341). Eine Benchmark für die gezielte Verbesserung der konkreten Vor-Ort-Versorgung der betreffenden Patientengruppen kann allerdings kaum gemeint sein, denn die hohen bundeseinheitlichen Anforderungen an die ASV-Teilnahme verhindern, dass es überhaupt überall zu einer Verbesserung des Status quo der von der ASV adressierten Versorgung kommt.

Die ersten beiden Einschätzungen der Kommission mögen dem Umstand geschuldet sein, dass es sich um eine Kommission für die Reform der Krankenhausversorgung handelt, und unterstreichen damit bestenfalls einmal mehr die Notwendigkeit einer Überwindung der sektoralen Sicht – auch in der Wis-

senschaft. Ordnungswirtschaftlich bedenklich erscheint jedoch die positive Einschätzung der ASV. Vertragsbasierte Versorgungssteuerung – ob dem jeweiligen regionalen, versorgungsinhaltlichen oder nachfragespezifischen Kontext gemäß gemeinsam und einheitlich oder wettbewerblich (Jacobs 2020) –, zählt zu den zentralen Charakteristika der GKV, die sie nicht zuletzt gegenüber der weitgehend steuerungsunfähigen privaten Krankenversicherung auszeichnet. Allein schon vor diesem Hintergrund muss es gehörig zu denken geben, wenn ausgerechnet einem vollständig vertragsfrei ausgestalteten Versorgungsregime wie der ASV ein Benchmark-Charakter zugesprochen wird.

3. Die Niederlande und die Schweiz als Vorbilder?

Wie es ein ganzes Stück besser gehen kann, wenn Vertragswettbewerb als Instrument der Versorgungssteuerung tatsächlich ernstgemeint ist, zeigt ein Blick in die Niederlande und die Schweiz, die beide wettbewerbliche Krankenversicherungssysteme haben, die der GKV vom Grundsatz her ähnlich sind. Dabei hat sich in beiden Ländern die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes als hilfreich erwiesen, mit dem die Dualität von gesetzlicher und privater Vollversicherung überwunden wurde (Blenk/Knötig/Wüstrich 2016) – eine Reformperspektive, die in Deutschland von interessierter Seite gern als „Einheitskasse“ diskreditiert wird, obwohl gerade die vermeintlichen „Einheitssysteme“ der Niederlande und die Schweiz viel mehr funktionalen Kassenwettbewerb aufweisen als Deutschland.

Managed Competition in den Niederlanden

In den Niederlanden ist vor bald zwanzig Jahren im Rahmen einer grundlegenden Reform des Krankenversicherungssystems der Versuch unternommen worden, das Enthovensche Konzept des Managed Competition in der Praxis zu implementieren. Das Gespräch, das Alain Enthoven damals mit dem niederländischen Gesundheitsminister Ab Klink in der Zeitschrift *Health Affairs* geführt hat, ist noch heute lesens- und bemerkenswert (Enthoven 2008). Das betrifft insbesondere das klare Rollenverständnis

von Staat, Krankenversicherungen und Leistungserbringenden, einschließlich des zentralen Stellenwerts von Wahlentscheidungen der Versicherten. Auch nur annähernd Vergleichbares hat es in Deutschland – zumindest in der gesundheitspolitischen Debatte – nicht ansatzweise gegeben und wäre wohl heute erst recht kaum vorstellbar.

Im Rückblick hat die niederländische Gesundheitsreform gewiss nicht alle in sie gesetzten Erwartungen erfüllt (Jeurissen/Maarse 2021) und wird – wenig überraschend – von unterschiedlichen Stakeholdern auch unterschiedlich eingeschätzt (de Vries et al. 2021). Allerdings gilt für alle Gesundheitssysteme der Welt, dass Reformen grundsätzlich immerwährende Prozesse sind, die der laufenden Überprüfung und ggf. Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen und Anforderungen bedürfen. So wird in den Niederlanden z. B. aktuell diskutiert, ob und wie sich das gewachsene Kooperationserfordernis in der Versorgung mit der wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitssystems vereinbaren lässt (Varkevisser et al. 2023). Dass die 2006 eingeschlagene Wettbewerbsperspektive dabei grundsätzlich in Frage gestellt würde, ist aber nicht zu erkennen. Vielmehr erfreut sich das wettbewerbliche Krankenversicherungssystem breiter gesellschaftlicher Akzeptanz. Umfangreiche Wahl- und Wechselmöglichkeiten wurden anfangs rasch in Anspruch genommen und mit Leben gefüllt und haben das Vertrauen in das Gesundheitssystem gestärkt (Blenk/Knötig/Wüstrich 2016: 22).

Aus deutscher Sicht sind im Hinblick auf praktische Lehren aus den Niederlanden jedoch zwei wesentliche Einschränkungen zu machen: So gibt es dort weder eine „doppelte Facharztschiene“, also ein Nebeneinander von zwei getrennten Systemen der fachärztlichen Versorgung im ambulanten und stationären Sektor, noch nennenswerte (regionale) Überkapazitäten in der ambulanten Primärversorgung und der ambulant-stationären Facharztversorgung. Damit besteht im Unterschied zu Deutschland von vornherein sowohl deutlich weniger Koordinations- und Kooperationsbedarf bei der patientenorientierten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, zugleich aber auch weniger Selektionspotenzial für vertragswettbewerbliche Versorgungssteuerung.

Lebhafter Vertragswettbewerb in der Schweiz

In der Schweiz markiert die 1996 erfolgte Einführung des Krankenversicherungsgesetzes die maßgebliche Wegmarke auf dem Weg zur Implementierung dessen, was in Deutschland als solidarische Wettbewerbsordnung bezeichnet wird. Im hier im Vordergrund stehenden Kontext der vertragswettbewerblichen Versorgungssteuerung sind in erster Linie die verschiedenen Managed-Care-Verträge von Interesse, die Versicherten auf selektivvertraglicher Grundlage in Verbindung mit Prämienreduktionen angeboten werden (Amelung et al. 2020). Hinter dem Oberbegriff Managed Care verbergen sich unterschiedliche Versorgungsmodelle, bei denen der stets mit einer freiwilligen Selbstbindung der Versicherten verbundene Managed-Care-Charakter unterschiedlich intensiv ausgeprägt ist. 2020 hatten sich 75 Prozent aller Versicherten der Schweizer Krankenversicherung freiwillig in einen entsprechenden Tarif eingeschrieben: von Listenmodellen (Preferred Provider) über sog. Telmed-Modelle (mit obligatorischer Nutzung einer Telefon-Hotline vor der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) über Hausarztmodelle bis zu HMO-Modellen (Health Maintenance Organizations), bei denen in der Regel die Übernahme der ökonomischen Gesamtverantwortung erfolgt. Je nach Intensitätsgrad des gewählten Managed-Care-Modells werden Prämienrabatte bis zu 20 Prozent gewährt, wobei die realisierten Einsparungen teilweise noch höher liegen (Beck 2023).

Aus deutscher Sicht ist an den Schweizer Erfahrungen vor allem auch das Zustandekommen der Managed-Care-Modelle interessant. Im Vergleich zu Deutschland wird insbesondere die sehr zurückhaltende Regulierung durch den Gesetzgeber betont. So habe bei der Einführung von Managed Care in der Schweiz niemand gewusst, wie im Markt erfolgreiche, fair finanzierte und gleichzeitig kostensenkende Produkte aussehen würden. In einem längeren Trial-and-Error-Prozess sei eine „ökonomisch/medizinische Erkundung des Marktes“ möglich gewesen, wobei bis heute immer wieder neue Produktvarianten entstünden. Heute seien Managed-Care-Verträge die einzigen, nachhaltigen Kos-

ten sparenden Strategien der Versicherer (Beck 2023: 176).

Auf eines dieser neuen Angebote sei hier noch kurz beispielhaft hingewiesen. Seit Jahresbeginn 2024 gibt es für Versicherte im Jura-Bogen den VIVA-Gesundheitsplan einer vollintegrierten Gesundheitsorganisation, zu der mehrere Medizinische Zentren, drei Krankenhäuser, Rettungsdienste und Apotheken, zwei Altersheime sowie zwei Radiologie-Institute gehören. Diese Versorgungsform, die bis zu 20 Prozent Prämienreduktion verspricht, wird von der Krankenversicherung Visana zusammen mit der privaten Klinikgruppe Swiss Medical Network unter Beteiligung des Kantons Bern angeboten. Laut VIVA-Internetseite (viva-health.ch/de/home) soll damit bewiesen werden, dass eine qualitativ hochstehende, nachhaltige Gesundheitsversorgung bei tragbaren Kosten sichergestellt werden könne. Für eingeschriebene Versicherte bedeutet die Teilnahme u. a. die Bindung an einen Gatekeeper, die Bereitschaft zur Teilung medizinischer Befunde sowie bei Arzneimittelverordnungen die Verpflichtung zum Bezug von Generika und Biosimilars, soweit verfügbar. Großer Stellenwert wird zudem präventiven Maßnahmen eingeräumt. Dieses Angebot richtet sich einstweilen exklusiv an Versicherte mit Wohnort im Jura-Bogen, doch ist ein weiterer Ausbau möglich.

4. Lehren für die deutsche Reformdebatte

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den beiden vorangehenden Abschnitten ziehen? In Deutschland gab es zwar in beinahe jedem Koalitionsvertrag auf Bundesebene in den vergangenen zwanzig Jahren – einschließlich im aktuellen der Ampel-Regierung – die Ankündigung, Krankenkassen und Leistungserbringenden mehr Vertragsfreiräume einzuräumen, doch war dies entweder stets ein bloßes Lippenbekenntnis oder die gesundheitspolitisch Verantwortlichen wussten schlicht nicht, wie so etwas konsistent hätte umgesetzt werden sollen. Wahrscheinlich trifft vor allem die erste Vermutung zu, und zwar nicht zuletzt aus Rücksicht auf das „bewährte“ Kollektivsystem sowie angesichts des schier unerschütterlichen Glaubens in die Funktionsfähigkeit von gesetzlich detailliert vorgegebener Plan- und Kol-

lektivsteuerung, die auch in weiten Teilen der Wissenschaft besteht, wie das jüngste Beispiel der Regierungskommission zur Krankenhausreform zeigt. So konnte der Vertragswettbewerb den Nachweis seiner Funktionstüchtigkeit jedenfalls nicht erbringen.

Dabei zeigt der Blick in die Niederlande und die Schweiz, dass ein solcher Nachweis unter funktionalen Rahmenbedingungen sehr wohl gelingen kann. Insbesondere die vom Großteil der Versicherten in der Schweiz freiwillig gewählten und mit spürbaren Einsparungen verbundenen Managed-Care-Modelle sollten auch in der hiesigen Gesundheitspolitik Beachtung finden. Hierzu sind allerdings zwei Lehren vonnöten, die beide mit der Existenz von Unterschieden und dem Umgang mit ihnen zu tun haben: zum einen mit regionalen Unterschieden, und zwar sowohl der Versorgungs- als auch der Steuerungsstrukturen, und zum anderen mit der Rolle von Wahlentscheidungen der Versicherten zwischen Kassen als Ausdruck der Offenbarung ihrer zum Teil unterschiedlichen Präferenzen.

Regionale Differenzierung von Versorgungs- und Steuerungsstrukturen

In der deutschen Gesundheitspolitik herrscht ein ausgeprägtes Streben nach Bundes-, zumindest Landeseinheitlichkeit. Dies führt im Ergebnis dazu, dass Potenziale für gezielte Verbesserungen der jeweiligen Versorgung vor Ort verschenkt werden. So führt die flächendeckende Angebotspflicht der HzV tendenziell zur Bevorzugung von „Light-Modellen“, weil anspruchsvollere Modelle in ländlichen Räumen vielfach von vornherein unrealistisch sind. Bei der ASV verhält es sich genau andersherum: Hier haben die hohen bundeseinheitlichen Anforderungen zur Folge, dass es in eher dünn besiedelten Räumen deutlich weniger Angebote gibt, wenn überhaupt welche. Im ersten Fall wird in Ballungsräumen mit hoher Angebotsdichte die Chance auf Modelle mit einem höheren Kooperations- und Integrationsgrad vertan. Im zweiten Fall wird auf Verbesserungen der Versorgung in ländlichen Räumen verzichtet, auch wenn diese nicht dasselbe Qualitätsniveau aufweisen sollten, wie dies in Ballungszentren bereits realisiert oder zumindest möglich ist. Dass bundes- oder landeseinheitliche

Regelungen für die spezifischen Konstellationen vor Ort passgenau wirken, dürfte eher die Ausnahme sein.

In der Gesundheitsversorgung der Schweiz findet dies seinen Niederschlag. Dort werden – wie das aktuelle Beispiel des VIVA-Gesundheitsplans gezeigt hat – längst nicht alle Managed-Care-Angebote, insbesondere nicht solche mit einem höheren Intensitätsgrad, „flächendeckend“ angeboten und dies wird angesichts der unterschiedlichen regionalen Ausgangskonstellationen und der damit verbundenen Integrationspotenziale in der Versorgung auch als völlig „normal“ empfunden. Während in Deutschland – besonders ausgeprägt im Kontext des Innovationsfonds – weiter von einer bundeseinheitlichen „Regelversorgung“ geträumt wird, indem z. B. das, „was in Baden-Württemberg gut funktioniert, auch in einem anderen Bundesland implementiert werden kann“ (Hecken/Hoffmann/Stegmaier 2024: 9), geht es in der Schweiz um die praktische Verbesserung des Status quo der Versorgung vor Ort.

Dies betrifft nicht nur das jeweils realistisch erreichbare Integrations- und Qualitätsniveau, sondern auch den zweckmäßigen Weg dorthin. So werden etwa in einer Publikation des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung „Trendszenarien“ für unterschiedliche Regionstypen beschrieben. Danach geht es für den Regionstyp „Land“ um die Sicherstellung der Versorgung durch eine Organisation der Integrierten Versorgung, der fast alle Leistungsanbieter angehören, und entsprechend kein oder kaum Wettbewerb herrscht. Demgegenüber ist für den Regionstyp „Großstadt“ von der Optimierung der Versorgung durch viele Organisationen der Integrierten Versorgung mit unterschiedlichen, konkurrierenden Angeboten die Rede, wobei der Wettbewerb mit Verträgen zwischen mehreren Organisationen der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern sogar das primäre Steuerungsinstrument sein könne (fmc 2014).

Eine derart differenzierte Sicht auf die kontextuelle Zweckmäßigkeit unterschiedlicher Steuerungsstrukturen – und zwar deutlich unterhalb der Ebene der oftmals ausgesprochen heterogenen Bundesländer – ist in Deutschland weithin unbekannt, leider auch bei den meisten wissenschaftlichen Beratungsgremien. Obwohl niemand auf die Idee käme,

Vertragswettbewerb ausgerechnet in dünnbesiedelten Regionen als zweckmäßiges Steuerungsinstrument zu empfehlen, wird dieser unter Verweis auf seine Ungeeignetheit im ländlichen Raum auch den Versicherten in Ballungszentren vorenthalten. Mutmaßlich hat dies auch mit einem falschen Verständnis des Gebotes gleichwertiger Lebensverhältnisse zu tun. Dabei richtet sich dieser grundgesetzliche Auftrag allein auf das Ziel einer ausreichenden Versorgung auf möglichst hohem Qualitätsniveau, angesichts teilweise höchst unterschiedlicher regionaler Ausgangskonstellationen sinnvollerweise aber gerade nicht auf das Steuerungsinstrumentarium, also den jeweils zweckmäßigen Weg dorthin.

Freie Kassenwahl als maßgebliche Triebfeder

Ein weiteres für die gesundheitspolitische Wettbewerbsdebatte in Deutschland nicht untypisches ordnungswirtschaftliches Fehlverständnis betrifft eine andere Ausprägung von Unterschieden, nämlich solche in den Angeboten von wettbewerblichen Krankenkassen als auslösendes Moment für einen Kassenwechsel. Beispielhaft sei hier aus dem „Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ zitiert, den das Bundesversicherungsamt (BVA, heute BAS – Bundesamt für die Soziale Sicherung) 2018 veröffentlicht hat. Dort heißt es im Kapitel „Gesamtbewertung und Vorschläge“ zu Selektivverträgen, dass diese entsprechend den Regelungen für Modellvorhaben evaluiert werden sollten. Im Fall einer positiven Evaluation „sollte die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet werden, einen Antrag beim G-BA zur Prüfung der Überführung der Leistung in die Regelversorgung zu stellen“ (BVA 2018: 145). Vor dem Hintergrund, dass „die Leistungsangebote bspw. bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben, sollten Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, nach einer gewissen Vertragslaufzeit den Selektivverträgen anderer Krankenkassen beizutreten“ (ebenda).

Diese Vorschläge lassen völliges Unverständnis über das Wesen des Wettbewerbs erkennen. Ihr Ziel ist es offenbar, auch die Versicherten anderer Kassen an vorteilhaften, im Vertragswettbewerb zustande gekommenen Versorgungsan-

geboten partizipieren zu lassen, ohne selbst die Kasse wechseln zu müssen. Ganz abgesehen davon, dass der Begriff der „Regelversorgung“ weithin unbestimmt ist – zählt etwa die auf einer gesetzlichen Angebotspflicht der Kassen fußende HzV nicht dazu, weil sie selektivvertragsbasiert ist? –, würde die Realisierung dieser Vorschläge sämtliche vertragswettbewerblichen Aktivitäten im Keim ersticken. Wer es für unzumutbar hält, dass Versicherte die Kasse wechseln, um in den Genuss eines bestimmten Angebots einer anderen Kasse zu kommen, sollte Kassenvielfalt und freie Kassenwahl konsequenterweise gänzlich zur Disposition stellen. Damit würde allerdings außer Acht gelassen, dass die freiwillige Entscheidung von Versicherten für eine Krankenkasse oder einen bestimmten Versorgungstarif eine überaus hohe Legitimationskraft für die bei jeder Form von Managed Care zwangsläufige Einschränkung von Patientenautonomie aufweist – Stichwort etwa: „freie Arztwahl“ –, die jeder gesetzlichen Verpflichtung weit überlegen ist.

Gewiss gibt es seitens der Versicherten Grenzen für selbstbestimmte Wahlentscheidungen – etwa situativ (Notfälle) oder aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen (Demenzkerkrankte) –, weshalb der Vertragswettbewerb in diesen Fällen von vornherein nicht greifen kann (Cassel/Jacobs 2023), doch bleibt im Normalfall jenseits solcher Konstellationen der drohende oder vollzogene Kassenwechsel die maßgebliche Triebfeder in einem funktionalen Vertragswettbewerb, der ständig Innovationen vorantreibt. Selbstverständlich ist hierfür möglichst umfassende Transparenz über unterschiedliche Angebote vonnöten. Deren Herstellung in verständlicher Form könnte durchaus eine sinnvolle Aufgabe für das BAS sein. Dessen Vertragstransparenzverzeichnis ist in seiner aktuellen Form für die Öffentlichkeit jedenfalls weithin unbrauchbar, und zwar nicht nur für die an besonderen Versorgungsformen interessierten Versicherten, sondern auch für die Gesundheitspolitik, die über keinerlei strukturierte Informationen über den Status quo des Selektivvertragsgeschehens verfügt.

Der Vorschlag eines Beitrittsrechts von weiteren Kassen zu Selektivverträgen verweist zudem auf ein begrenztes Verständnis von der praktischen Organisation von Versorgung, weil es allein

schon aus Kapazitätsgründen oftmals gar nicht realisierbar sein dürfte, ein bestehendes Versorgungsmodell in beliebigem Umfang auf weitere Patientinnen und Patienten auszuweiten. Kassen, die ihren Versicherten ein ähnliches Versorgungsangebot machen wollen, müssen sich in diesem Fall schon selbst auf die Suche nach potenziellen Vertragspartnern begeben und sich um den Abschluss eines vergleichbaren Selektivvertrags bemühen. Im Übrigen besteht die Möglichkeit der Nachahmung erfolgreicher Versorgungsmodelle grundsätzlich auch für die Kollektivvertragsparteien, die dazu nicht zwingend der Unterstützung durch den Gesetzgeber oder den G-BA bedürfen.

5. Ausblick

Die schon jetzt zugespitzte Finanzlage der GKV erfordert dringend wirksame Reformmaßnahmen. Zu nachhaltigen Finanzierungsreformen, die zu einer Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung führen (Jacobs 2023), wie es die Bevölkerung mit großer Mehrheit wünscht (Zok/Jacobs 2023), ist die amtierende Bundesregierung jedoch nicht in der Lage, und über das nicht nur hochgradig unsolidarische, sondern auch versorgungspolitisch dysfunktionale Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen (Jacobs 2013) wird aus Rücksicht auf den Erhalt von Privilegien bestimmter Versicherten- und Ärzteguppen sowie auf die Geschäftsinteressen der privaten Versicherungswirtschaft nicht einmal diskutiert. Wenn in der GKV nicht endlos weiter an der (Zusatz-) Beitragsschraube gedreht werden soll – ob mit oder ohne Arbeitgeberanteil –, drohen deshalb fast zwangsläufig Leistungskürzungen, z. B. in Form von höheren Selbstbeteiligungen der Patientinnen und Patienten.

Die Erhöhung der Versorgungseffizienz ist gewiss keine kurzfristig wirksame Alternative, aber mittel- bis längerfristig unbedingt erforderlich, zumal das Ausmaß an systembedingter Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung weiterhin hoch ist. Zentrale Plan- und Kollektivwirtschaft à la Spahn und Lauterbach führt aber nicht zu geringeren, sondern zu immer höheren Ausgaben – ob die Gesetzesregelungen nun Terminalservicestellen, Neupatientenregelung, Entbudgetierung, Gesundheitskioske, Gesundheitsregio-

nen oder wie auch immer heißen. Auch lassen sich etwa Herstellerrabatte oder Groß- und Einzelhandelsspannen bundesgesetzlich verordnen, nicht aber wirtschaftliche Versorgungsstrukturen vor Ort. Und zu glauben, dass ausgerechnet mehr Zuständigkeiten der Kommunen – vorwiegend mit Finanzmitteln der Beitragszahlenden – zu mehr Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen, erfordert schon ein beträchtliches Maß an Optimismus (so etwa Gruhl 2023).

Im Unterschied zu den Kommunen sind die Krankenkassen in Deutschland „geborene“ Akteure der Gestaltung der Versorgung ihrer Versicherten (Jacobs/Vauth 2024), auch wenn ihnen leider zumeist der Mut fehlt, diese Rolle sehr viel stärker für sich zu reklamieren und im Rahmen des Möglichen aktiv auszufüllen. Deshalb sollte erneut ein Versuch der versorgungsorientierten Ausrichtung des Krankenkassenwettbewerbs unternommen werden, damit vertragswettbewerbliche Versorgungssteuerung überall dort, wo entsprechende Erfolgsaussichten bestehen, dezentral und flexibel zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen kann. Dies sollte stets legitimiert durch freiwillige Teilnahmentscheidungen der Versicherten erfolgen, sei es durch ihre Kassenwahl oder die Wahl eines speziellen Versorgungstarifs innerhalb ihrer Kasse. Gewiss ist es keine einfache Aufgabe, dies umzusetzen, wie die Vergangenheit gezeigt hat. Es ist bei entsprechender Absicht aber sehr wohl machbar, wie die Erfahrungen aus den Niederlanden und insbesondere der Schweiz belegen. Somit gilt unverändert, was Karl-Heinz Schönbach, langjähriger Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“, vor bald zehn Jahren formuliert hat: „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“ (Schönbach 2015: 23).

Literatur

Amelung V, Ex P, Hildebrandt H, Knieps F (2020). Nachmachen erlaubt: Innovative Ansätze aus dem Schweizer Gesundheitssystem. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74(6): 42–48

Bauernfeind J, Stegmaier P (2023). „Die HVZ wird in fünf Jahren im Zentrum der Versorgung stehen“. In: Monitor Versorgungsforschung 16(3): 22–25

Beck K (2023). Blick über die Grenze: Was können wir von der Schweiz lernen? Praktikable Lehren und Impulse aus einem Nachbarland mit Wettbewerbselementen in Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 28(4): 173–178

Blenk T, Knötig N, Wüstrich T (2016). Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs 01/2016

BVA; Bundesversicherungsamt (2018). Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn

Cassel D, Jacobs K (2015). Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 21(3): 55–68

Cassel D, Jacobs K (2023). Gestaltungsbedarf eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der sozialen Krankenversicherung. Vereinbarkeit von Solidarität mit Wettbewerb als gesundheitspolitische Herausforderung. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 28(4): 185–192

de Vries H, Vahl J, Muris J, Evers S, van der Horst H, Cheung KL (2023). Effects of the reform of the Dutch healthcare into managed competition: Results of a Delphi study among experts. In: Health Policy 125(1): 27–33

Enthoven A (1993). The history and principles of managed competition. In: Health Affairs 12(suppl 1): 24–48

Enthoven A (2008). A living model of managed competition: A conversation with Dutch Health Minister Ab Klink. In: Health Affairs 27(3): w196–w203

fmc; Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2014). Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz, Denkstoff No. 1; www.fmc.ch/de/fmc-publikation/Denkstoff/fmc-denkstoff-nr1

Gruhl M (2023). Ein Zielbild für neue kommunale Versorgungsstrukturen. Wie aus GVSG und KVVG eine Erfolgsstory werden könnte. In: Observer Gesundheit vom 9.11.2023; observer-gesundheit.de/ein-zielbild-fuer-neue-kommunale-versorgungsstrukturen/

Hecken J, Hoffmann W, Stegmaier P (2024). „Eine Allianz der evidenzbasiert Entscheidenden gegen Populismus“. In: Monitor Versorgungsforschung 17(1): 6–13

Hermann C (2023). Von Tigern zu Bettvorlegern. Oder: Der Innovationsfonds zwischen Finanzie-

rungspool und Versorgungsflop. In: Observer Gesundheit vom 03.02.2023; observer-gesundheit.de/von-tigern-zu-bettvorlegern/

Jacobs K (2013). Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 67(2–3): 21–27

Jacobs K (2019). Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 19(1): 23–26

Jacobs K (2020). Vertragswettbewerb: Neustart geboten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74(1): 24–28

Jacobs K (2023). Kranken- und Pflegeversicherung: Zukunftsfähigkeit durch Stärkung der Solidarität. In: Sozialer Fortschritt 27(6): 479–498

Jacobs K, Rebscher H (2014). Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der GKV, Heidelberg: 45–73

Jacobs K, Vauth C (2024). Krankenkassen als aktive Mitgestalter der Gesundheitsversorgung. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 29(2): 94–99

Jeurissen P, Maarse H (2021). The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series 55

Leber W-D, Malzahn J, Wolff J (2008). Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra B-P, Schell-schmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart: 81–106

OPG; Operation Gesundheitswesen (2024). „Generalüberholung“ für Gesundheitssystem. Krankenhaus-Regierungskommission arbeitet sich an Sektoren ab. In: Presseagentur Gesundheit, OPG 22(14): 11–13

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024). Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, Berlin, Mai 2024

Schönbach K-H (2015). Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: Ein Fehlversuch? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 69(3–4): 16–23

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025

SVR; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012).

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012

SVR (2018). Bedarfsgerechte Steuerung im Gesundheitswesen. Gutachten 2018

Varkevisser M, Franken F, van der Geest S, Schut E (2023). Competition and collaboration in health care: reconciling the irreconcilable? Lessons from The Netherlands. In: The European Journal of Health Economics 24(7): 1019–1021

Zok K, Jacobs K (2023). Solidarität steht hoch im Kurs. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten. In: WIdOmonitor 1/2023; wido.de/publikationen-produkte/zeitschriften/widomonitor/widomonitor-1-2023/