

Wettbewerb als Instrument der Versorgungssteuerung?

SABINE RICHARD

Dr. Sabine Richard ist Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband in Berlin

Seit mehr als 20 Jahren wird in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Wettbewerb als Instrument der Versorgungssteuerung diskutiert. Neben Beitragssatz, Satzungsleistungen, Wahltarifen und anderen Wettbewerbsparametern sollten die Krankenkassen insbesondere in ihrem Kerngeschäft in einen Wettbewerb um die beste Versorgung treten können. Inzwischen mehrten sich zu diesem Thema aber eher die historisch angelegten Veröffentlichungen.¹ Wettbewerb als Instrument, mit dem effiziente Versorgungsstrukturen hervorgebracht werden könnten, hat derzeit wenig Konjunktur. Die Zeit, in der durch systematische Reformen die Steuerung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen weiterentwickelt werden sollte, ist wohl vorbei. Insbesondere mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz präsentiert die Große Koalition einen unsystematischen Flickenteppich kleinteiliger Reparaturingriffe bei weiterer Stärkung der zentralen Steuerungsfunktion des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(Fehlendes) Wettbewerbsverständnis der Großen Koalition

Die Große Koalition hatte bereits im Koalitionsvertrag unmissverständlich niedergelegt, welche Rolle sie dem Wettbewerb in der Versorgung beimisst. Dort wird betont: „Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 140a ff SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt.“ Aber an-

dererseits sollen „Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, (...) in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.“² Damit ist eigentlich alles gesagt: Die Idee eines Versorgungswettbewerbes zwischen den Krankenkassen, in dem sich Versicherte zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten der Krankenkassen (auch dauerhaft) entscheiden können, spielt in diesen Überlegungen keine Rolle, denn

1 Vgl. z. B. Cassel/Jacobs/Vauth/Zerth (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg 2014, Rebscher (Hrsg.), Update Solidarische Wettbewerbsordnung, Hamburg, 2015

2 Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 2013, S. 55

Versorgungsunterschiede als Wettbewerbsvorsprünge darf es im Verständnis der Großen Koalition allenfalls kurzfristig geben. Gute Entwicklungen sollen möglichst rasch „sozialisiert“ werden für zugunsten einer bundesweit vereinheitlichten Regelversorgung. In dieser Rolle sieht der Gesetzgeber derzeit vor allem den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Gegenüber der bisherigen Regelungsphilosophie ist dies eine erhebliche Bedeutungsverschiebung. Versicherten im Wettbewerb der Krankenkassen auch eine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versorgungsansätzen anzubieten, wird derzeit nicht mehr angestrebt. In

Versorgungsunterschiede als Wettbewerbsvorsprünge darf es im Verständnis der Großen Koalition allenfalls kurzfristig geben.

der politischen Diskussion wird das, was in der Vergangenheit als Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsoptionen wahrgenommen und begrüßt wurde, nun uminterpretiert in eine nicht zu akzeptierende Ungleichheit in der Versorgung, die zu beseitigen sei. Damit wird die Diskussion um Versorgungsangebote als Wettbewerbsparameter grundlegend anders geführt als die Diskussion um unterschiedliche Beitragssätze. Für beide Parameter gilt aber grundsätzlich, dass Versicherte, die mit dem Angebot ihrer Kasse nicht zufrieden sind, innerhalb der GKV problemlos wechseln können.

Die primär an der kollektivvertraglichen Versorgung ausgerichtete Perspektive kann an drei Neuregelungen des VSG exemplarisch beschrieben werden. Zum einen an der Neugestaltung der Regelungen zu den besonderen Vertragsformen, zum anderen mit der Einführung des Innovationsfonds. Ein drittes Beispiel für die (mangelnde) Akzeptanz von Wettbewerbslösungen findet sich in der nachträglich eingebrachten Änderung der Vergütung von Heilmittelbringern.

Beispiel 1: Neugestaltung der Selektivvertragsbedingungen

Mit dem VSG soll in § 140 a SGB V eine Allgemeinvorschrift für die sog. Beson-

dere Versorgung geschaffen werden. Diese Vorschrift, die in einen eigenen Abschnitt „Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern“ gestellt ist, löst insbesondere die §§ 140 a bis d sowie die §§ 73a (Strukturverträge) und 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) SGB V ab, die komplett entfallen sollen. Bereits die Verortung unter „Sonstiges“ ist zu Recht kritisiert worden.³

Anders als im Koalitionsvertrag angekündigt, bleiben die Regelungen zu Modellvorhaben weitgehend bestehen. Insbesondere hält der Gesetzgeber auch an einer gesonderten Regelung zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) fest.

Diese verbleibt in ihrer bisherigen Zwitterrolle: im Gegensatz zur sog. Regelversorgung bleibt sie kassenbezogen, ist aber ein Pflichtangebot der Krankenkassen mit Zwangsvertragspartner. Anders als die übrigen Selektivverträge ist sie auf Dauer und flächendeckend angelegt, fällt daher nicht der

kollektiven Vereinheitlichung anheim. Im Gegenteil: die HZV soll dauerhaft über die vom G-BA und im Bundesmantelvertrag geregelten Anforderungen hinausgehen – so ist es seit 2007 festgelegt, noch dazu mit vier konkret benannten Versorgungsinhalten und Qualitätsvorgaben. Warum in der HZV das Zusammenspiel zwischen Kollektiv- und Selektivversorgung ganz anders als zum Beispiel bei Versorgungsmodellen, die eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren zum Ziel haben, interpretiert wird, bleibt offen. Die Regelung wirft im Übrigen in der Rückwirkung auf die Verhandlungsmotivation der Kollektivpartner, ihrerseits die hausärztliche Versorgung weiter zu entwickeln, interessante Fragen auf. Ist die gesetzliche Regelung so zu interpretieren, dass Punkte wie z. B. die „Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“ (§ 73 b Abs. 2 Ziffer 2 SGB V) auf Dauer keinen Eingang in die sog. Regelversorgung finden dürfen? Das wird der Gesetzgeber kaum so gewollt haben. An dieser Stelle manifestiert sich jedoch die bestehende Widersprüchlichkeit zwischen den unterschiedlichen Regelungen zur Gestaltung der Versorgung.

Der im Koalitionsvertrag verkündete Anspruch, Hemmnisse bei der Umsetzung von besonderen Versorgungsfor-

men abzubauen, wird darüber hinaus nicht eingelöst. Als erleichternd im Sinne der Umsetzung der Selektivverträge kann zwar festgehalten werden, dass ein Nachweis über die Wirtschaftlichkeit nach vier Jahren nur noch nach Einzelaufforderung erbracht werden muss. Auch die aufsichtsrechtliche Vorlagepflicht vor Vertragsabschluss entfällt. Bereits dies wird aber durch das neu eingeführte Zwangsgeld in Höhe von 10 Mio. EUR konterkariert, mit dem die Aufsichtsbehörde erhebliche Rechtsverletzungen im Zusammenhang mit der HZV oder besonderen Versorgungsformen ahnden kann. Es bleibt das Geheimnis des Gesetzgebers, warum er gerade für diese Vertragsformen eine solche besondere „Effektivität der repressiven Aufsichtsmaßnahmen“⁴ für erforderlich hält. Die massiven Eingriffsbefugnisse werden dazu führen, dass Krankenkassen von sich aus eine präventive Vertragsprüfung durch die Aufsicht anstreben, um dieses Risiko zu vermeiden, insofern verkehrt sich die angeblich entbürokratisierende Wirkung in ihr Gegenteil. Allein in dieser Regelung zeigt sich das tiefe Misstrauen der Politik in das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen.

Eines der wesentlichen Hemmnisse der Umsetzung von Selektivverträgen ist die Bereinigung der kollektiv vereinbarten Vergütungen. Hier bringt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) unbestritten Fortschritte zumindest bei der Bereinigung auf der Ebene der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, allerdings fehlt eine Regelung zur diskriminierungsfreien Bereinigung auf Einzelarztebene. Es ist nach wie vor nicht ausgeschlossen, dass Ärzte, die sich an selektivvertraglichen Versorgungsformen beteiligen wollen, von der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Bereinigung ihrer persönlichen Budgets benachteiligt werden. Dieser Fehlanreiz hält viele Ärzten von der Teilnahme an innovativen Versorgungsmodellen ab und war bisher sicherlich nicht förderlich für die Bereitschaft,

3 Vgl. Hermann, Christopher, Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25.03.2015

4 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung, Bundestagsdrucksache 18/4095 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), S.83

aus der Vertragsärzteschaft heraus neue Versorgungsformen zu entwickeln. Für die Weiterentwicklung von innovativen Versorgungsstrukturen braucht es aber nicht nur innovationsbereite Krankenkassen, sondern eben auch die Partner insbesondere auf der vertragsärztlichen Seite, die für ihre Entwicklungsarbeit oder Teilnahme nicht mit Honorarabzügen bestraft werden wollen.

Diese problematischen Anreizstrukturen reproduzieren letztlich das gängige Bild, das die Politik sich offenbar von den handelnden Akteuren macht:

Innovationen seien von ihnen nicht zu erwarten, allenfalls auf kurzfristige Markterfolge angelegte, aber letztlich wenig nachhaltige bzw. unwirtschaftliche Projekte. Ein solches Verhalten könnte allerdings nicht verwundern. Der Aufbau neuer Versorgungsmodelle mit regionalen Partnern

ist ein sehr mühevolleres und langwieriges Geschäft. Warum sollte eine Krankenkasse (mit einer strengen Aufsicht im Nacken), unter dem Druck von Diskussionen über Verwaltungskosten und gegen alle bisherigen Hemmnisse in eine Optimierung der Versorgungsstruktur investieren, wenn sie von den Verbesserungen allenfalls kurzfristig bis zur Aufnahme ihrer Versorgungsinhalte in die Regelversorgung profitieren kann? Da darüber hinaus die Bereinigung von Finanzmitteln für selektive Versorgung gesichert ist, steht das Risiko der Doppelfinanzierung und einer finanziellen Abstrafung der beteiligten Vertragsärzte einer größeren Innovationsbereitschaft häufig im Wege. Insofern ist es eher erstaunlich, dass die Krankenkassen sich mit ihren Partnern in dem Feld trotz alledem intensiv engagiert haben.

Beispiel 2: Einführung des Innovationsfonds

Die Lösung für die Verbesserung der Innovationsbilanz in der Versorgung sucht der Gesetzgeber nicht primär in der Verbesserung des Innovationsklimas für die Beteiligten, sondern durch den Innovationsfonds, einem Fördertopf aus den Mitteln der Krankenversicherung, dessen Vergabe er in die kollektive Verantwortung gibt. Interessanterweise verfolgt der Gesetzgeber beim Pharmadialog einen

vollständig anderen Ansatz. Hier steht im Mittelpunkt die Grundfrage nach Motivation, der Anreizstruktur und ggf. der gezielten Förderung der dezentralen Entscheider zur Verbesserung des Innovationsklimas: „Im Rahmen des Pharmadialogs der Bundesregierung geht es deshalb auch darum, Hindernisse in Forschung und Entwicklung zu identifizieren und gemeinsam mit der Wissenschaft und der pharmazeutischen Industrie Lösungen zu erarbeiten, wie sie dieser Verantwortung gerecht werden können.“

Warum sollte eine Krankenkasse in die Optimierung der Versorgungsstrukturen investieren, wenn sie davon allenfalls kurzfristig profitieren kann?

Aus dem Innovationsfonds sollen Projekte zur Weiterentwicklung der Versorgung gefördert werden. Die Vorhaben sollen insbesondere in der Form von Selektivverträgen der Krankenkassen durchgeführt werden. Ausweislich der Begründung soll damit sichergestellt werden, dass nur solche Vorhaben gefördert werden, die der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Schließlich werden die Mittel aus den Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten aufgebracht. Im Widerspruch zu diesen Festlegungen steht allerdings, dass Krankenkassen bei den Förderanträgen nur „in der Regel“ zu beteiligen sind. Daher wäre hier eine klare Formulierung zur Verantwortung der Krankenkassen angebracht gewesen.

Die bereits oben ausgeführte rein dienende Funktion der selektivvertraglichen Weiterentwicklung der Versorgung als Entwicklungslabor manifestiert sich auch in den Formulierungen des VSG: „Die Vorhaben müssen weiterhin hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Dies bezieht sich zunächst auf eine Überführung in die Regelversorgung. Diese kann durch eine Änderung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder erforderlichenfalls auch durch eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.“⁵ Hier hat der Gesetzgeber vor allem eine bundesweit vereinheitlichte Regelversorgung im Blick, nicht jedoch

den Bedarf an regional differenzierten Versorgungsangeboten. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde immerhin noch der Zusatz aufgenommen, dass Vorhaben, die auf eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung abzielen, ebenfalls gefördert werden können. Eine gleichberechtigte Förderung ist damit allerdings nicht gewährleistet.

Mit einer Fördersumme von 225 Mio. EUR pro Jahr aus den laufenden Haushalten der Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds für einen Zeitraum von (derzeit) vier Jahren ist ein gewaltiger Betrag für die Innovationsförderung vorgesehen. Dieser soll (abzüglich der Kosten für dessen Verwaltung) allein für die *zusätzlichen* Kosten von neuen Versorgungsformen verwendet werden. Damit steht diese Summe in keinem Verhältnis zur Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge der Jahre 2004 bis 2008. Damals waren die gesamten Ausgaben für die integrierte Versorgung förderfähig, also einschließlich der Ausgaben für die der Regelversorgung entsprechenden Leistungen. Seinerzeit wurde über die gesamte fünfjährige Laufzeit eine Anschubfinanzierung von ca. 1,6 Mrd. Euro realisiert. Rechnerisch im Schnitt also etwa 320 Mio. € jährlich. Diese Gegenüberstellung zeigt, dass der „Hebel“ der Förderung durch den Innovationsfonds nun deutlich höher ist als seinerzeit bei der Anschubfinanzierung. Grundsätzlich wäre gegen eine hohe Fördersumme für die dringend benötigte Weiterentwicklung der Versorgung nichts einzuwenden, wenn gesichert wäre, dass mit den Fördermitteln tatsächlich dauerhafte Impulse für die Versorgung gesetzt werden.

Zweifel an der Effizienz dieser Innovationsförderung setzen an zwei Punkten an.

- Werden die Fördermittel in den vorgesehenen Strukturen tatsächlich so eingesetzt, dass Projekte mit hohem Innovationspotenzial zum Zuge kommen?
- Gelingt eine Übertragung der Erkenntnisse aus den geförderten Projekten in die bundesweite Regelversorgung durch Richtlinien, Verträge oder durch gesetzliche Interventionen im Rahmen der derzeitigen kollektiven Regelversorgung?

5 Ebenda, S. 100

Die nun vorgesehene Governance-Struktur des Innovationsausschusses beim G-BA setzt neue Maßstäbe der Entscheidungskompetenz über die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Während im kollektivvertraglichen System bisher die Partner der Selbstverwaltung entweder auf den Bänken des G-BA oder in direkten Verträgen gemeinsame Gestaltungsverantwortung trugen, können diese im Innovationsausschuss zukünftig mit ihren Stimmen allein keine Entscheidungen mehr treffen, im zehnköpfigen Innovationsausschuss haben sie lediglich sechs Stimmen. Entscheidungen können aber nur mit einer Mehrheit von sieben Stimmen getroffen werden. Die vier weiteren Stimmen entfallen auf Vertreter des Gesundheits- und Forschungsministeriums, die damit erstmals direkt in die Mittelverwendung in der GKV eingreifen sowie auf den unparteiischen Vorsitzenden des G-BA. Flankiert wird der Innovationsausschuss durch einen Expertenbeirat, der wiederum vom BMG berufen wird, dessen Rolle bei den Entscheidungen noch nicht abzusehen ist.

Ziel des Innovationsprozesses ist vor allem die Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung. Damit adressiert der Gesetzgeber eine Aufgabe, die schon seit Jahrzehnten zu den drängendsten ungelösten Problemen des deutschen Gesundheitswesens zählt. Nach den Erfahrungen, die bisher beim Aufbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemacht wurden, lässt auch diese neue Entscheidungsstruktur innovative Durchbrüche nicht erwarten. Die Diskussion, die im Rahmen des VSG-Gesetzgebungsverfahrens zur ASV geführt wurde, hat schließlich gezeigt, dass die Sektorenvertreter eine tatsächlich stattfindende sektorübergreifende Zusammenarbeit der einzelnen Leistungserbringer gar nicht im Blick haben.

Doch selbst wenn die Akteure in ihren Förderentscheidungen sinnvolle Versorgungsansätze auf dem selektivvertraglichen Weg temporär unterstützen, bleibt doch die zentrale Hypothese des vom Gesetzgeber postulierten Innovationsmodells unhinterfragt. Kann man in speziellen Versorgungssettings entwickelte Ansätze tatsächlich durch Gesetz, Richtlinie oder bundesweiten Vertrag zum bundesweit einheitlichen Standard

der Versorgung machen? Sind die sektorbezogenen Akteure auf Bundesebene dazu bereit und in der Lage?

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Übernahme von selektivvertraglichen Inhalten in die Kollektivversorgung diesen nicht immer gut getan hat. Zum einen bleiben regionalspezifische Besonderheiten in der Folge einer bundesweiten kollektivvertraglichen Vereinheitlichung häufig auf der Strecke. Darüber hinaus führt nicht alles, was in neuen Versorgungsformen im dort vereinbarten Zusammenhang gut funktioniert, auch in der sog. Regelversorgung zu effizienten Lösungen. Dies ist unter anderem bei der Nichtärztlichen Praxisassistenz zu beobachten. Initiativen der Unterstützung der Ärzte in der Hausarztpraxis durch Praxisassistentinnen kamen in vielen Regionen aus selektivvertraglichen Ansätzen der lokalen Vertragspartner, die zu regional unterschiedlichen Lösungen geführt haben (VERAH, AGneS, EVA oder MoNi). Wichtig für die Effizienz der Unterstützung sind eine in den Versorgungskontext passgenaue Rollendefinition und sich daraus ableitende Vergütungsmodelle.⁶ Im Fall der kollektiv geregelten

Die Übernahme von selektivvertraglichen Inhalten in die Kollektivversorgung hat ihr nicht immer gut getan.

Nichtärztlichen Praxisassistenz liegen den neu geschaffenen Gebührenordnungspositionen keine konkreten Leistungsdefinitionen zu Grunde. Weder ist definiert, wann der Einsatz eines nichtärztlichen Praxisassistenten medizinisch angezeigt ist, noch welche Leistungen für die zusätzliche Vergütung zu erbringen wären. Die kollektivvertragliche Ausgestaltung der Innovation führt zur Finanzierung von Kapazitäten im Gesundheitswesen, ohne dass konkrete und überprüfbare Leistungsansprüche der Patienten daraus entstehen würden. Auch die im VSG jetzt verbindlich vorgesehene Förderung von Praxisnetzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen stößt zum einen bei den Akteuren der Kollektivversorgung auf Abwehr, da dies in die innerärztliche Verteilungslogik eingreift. Zum anderen stört dies auch die bisher gefundenen selektivvertraglichen Lösungen. Insofern ist davon auszugehen, dass auch diese Regelung nach wenigen Jahren

wegen Umsetzungsdefiziten wieder zur Disposition steht.

An diesem Punkt lohnt ein Blick auf die übrigen kleinteiligen Regelungen des VSG, mit denen die sog. Regelversorgung verbessert werden soll. Gerade in Bezug auf die Rolle des ambulanten und stationären Sektors enthält das VSG zahlreiche Änderungen. Im vierten Abschnitt des SGB V (Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten) erhalten z.B. die Hochschulambulanzen neue Versorgungsmöglichkeiten, die Begrenzung der ASV auf schwere Verlaufsformen wird für onkologische und rheumatische Erkrankungen aufgehoben, Krankenhäuser können bei Unterversorgung leichter zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, ein weiterer Ambulanztyp wird geschaffen (Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung), um nur die wichtigsten zu nennen. Auch im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes werden neue themenbezogene Versorgungsstrukturen zum Teil parallel zu bereits Bestehenden geschaffen. Nach der Gesetzgebungskaskade in dieser Legislaturperiode steht die Versorgungslandschaft in der Regelversorgung in Bezug auf die Versorgungsaufträge der immer zahlreicher werdenden Versorgungsangebote unstrukturierter und unverbundener da als zuvor. Diese unterliegen in Bezug auf den Zugang zur Versorgung, Bedarfsplanung, Preismengen- und Qualitätssteuerung höchst unterschiedlichen Regelungskreisen. Die Versorgungsaufträge sind nicht definiert. Nicht einmal in Bezug auf die grundsätzlichen Bestimmungen zur Leistungsdefinition gelten dieselben Spielregeln. Während im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die Regelungen des G-BA bestimmend sind, unterliegen die Leistungserbringer unter dem Dach der Krankenhäuser und in der ASV dem sog. Verbotsvorbehalt. Der schon jetzt bestehende Angebotswettbewerb unterschiedlicher Versorgungsstrukturen wird sich daher in regional unterschiedlichem Ausmaß intensivieren und zu weiteren Fehlentwicklungen führen, die weitere gesetzgeberische Eingriffe provozieren.

Ob es wie vom Gesetzgeber geplant gelingen wird, in diesem Flickenteppich mit großen regionalen Variationen eine

⁶ KBV-Praxisassistenten: "Nur schlechte Kopie der VERAH", in: Ärztezeitung vom 04.03.2015, S. 6

effiziente Zusammenarbeit zwischen den Sektoren primär dadurch zu erreichen, dass der G-BA Versorgungsinnovationen, die in Selektivverträgen gefunden worden sind, in bundesweite Richtlinien umsetzt, darf bezweifelt werden, schließlich stehen einer selektivvertraglichen Regelung ja ganz andere Instrumente zur Verfügung als im Rahmen einer bundesweiten Regelung. Gerade bei der Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit geht es doch um an den regionalen Versorgungsstrukturen orientierte Prozesse der Zusammenarbeit, die sich in zentralen Richtlinien nicht abschließend definieren lassen. Diese könnten allenfalls einen Rahmen für Qualitätsindikatoren und -ziele enthalten.

Wie kann die Zusammenarbeit unter den bestehenden kollektivvertraglichen Bedingungen verbindlich organisiert werden, wenn die Krankenkassen schon allein für die ambulante Behandlung ihrer Versicherten in den verschiedenen Ambulanzen eines Krankenhauses je Ambulanztyp höchst unterschiedliche Verträge schließen müssen? In der ASV sind Verträge derzeit nicht einmal vorgesehen. Die Umsetzung kann aber nur regional in Verträgen erfolgen. Das zugrundeliegende Innovationsmodell wird sich als nicht tragfähig erweisen, solange man den Selektivverträgen, in denen die Innovationen entwickelt werden sollen, allein eine kurzfristige Rolle als Experimentierfeld zugesteht. Die Kontrahierungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind daher auch dauerhaft zu stärken, um die mit hohem Förderaufwand gewonnenen Erkenntnisse nicht im kollektiven bundesweiten Interessenausgleich zwischen den Sektorvertretern aufs Spiel zu setzen.

Beispiel 3: kassenübergreifende Angleichung der Heilmittelpreise

Neben neuen Versorgungsformen sind kassenartenbezogene Preisverhandlungen in verschiedenen Leistungsbereichen ein weiteres Element im Wettbewerb um eine effiziente Versorgung. Im Wettbewerb unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleiches profitiert eine Krankenkasse davon, dass sie aufgrund niedrigerer Kosten ggf. mit den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich besser auskommt als die Wettbewerber. Dies führt zu einem echten Beitragswettbewerb, der seine Ursache nicht in Vorteilen

in der Versichertenstruktur hat. Damit trägt die Krankenkasse im Sinne des Gesamtsystems dazu bei, dass die Kosten insgesamt nicht ungebremst steigen. Umgekehrt führen vereinheitlichte Preise zwischen den Krankenkassen auf Dauer dazu, dass unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleiches gleichartige Preissteigerungen nicht mehr zu relativen Nachteilen führen und damit das Kostenbewusstsein der Akteure abnimmt.

Mit den Änderungsanträgen zum VSG ist nun noch ein weiterer Eingriff in den Versorgungswettbewerb hinzugekommen. Im Gesetzgebungsprozess wurde die Forderung erhoben, die Vergütung der Heilmittelerbringer deutlich zu erhöhen. In dem Impuls, diese Forderung zu berücksichtigen, sollen (zunächst?) die Vergütungen in den Ländern vereinheitlicht werden. Diese werden derzeit kassenspezifisch verhandelt. Hieraus haben sich in den letzten Jahren als Ergebnis unterschiedlicher Vertragsstrategien der Vertragspartner unterschiedliche Preisniveaus zwischen den Kassenarten

Die Regelungen für den Innovationsfonds garantieren keine dauerhafte Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems.

herausgebildet. In vielen Bundesländern liegt die Vergütung der Ersatzkassen über der der AOKs. Das Ergebnis dieses Wettbewerbs wird nun in der Begründung ohne weitere Erläuterung als wettbewerbsverzerrend dargestellt. Dort heißt es, „Das Preisniveau bei der Vergütung von Leistungen ist historisch bedingt bei den Ersatzkassen in der Regel höher als das der übrigen Krankenkassen. (...) Diese Vergütungsunterschiede und die dadurch bedingten Mehrausgaben führen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Um diese zu beseitigen, wird mit den Neuregelungen in Absatz 2a in § 125 SGB V eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgenommen.“⁷ Hierfür soll der GKV-Spitzenverband quasi als Notar die Preisstände erfassen, damit in einem zentralistischen und technokratischen Verfahren gewährleistet ist, dass als Untergrenze für die Preisverhandlungen“ jeweils der

sich aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Dritteln der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preisen des betreffenden Landes ergebende Wert herangezogen werden kann. Das Beispiel zeigt, dass Wettbewerbsergebnisse letztendlich nicht akzeptiert bzw. leichtfertig in Frage gestellt werden, wenn einzelne Leistungserbringergruppen ihre Einkommenserwartungen politisch artikulieren.

Ausblick

Wettbewerb als Instrument der Versorgungssteuerung stößt derzeit auf wenig Akzeptanz. Die einzige Legitimation wird ihm aufgrund seiner Funktion als Motor für die Weiterentwicklung der Versorgung zugebilligt. In diesem Experimentierfeld sollen neue Ansätze entstehen, über deren Verbreitung dann allerdings nicht in einem wettbewerblichen Verfahren entschieden werden soll, sondern im Rahmen der kollektivvertraglichen Institutionen mit ihren sektorspezifischen Interessen. Langfristig

wird sich diese Reduktion aber nicht als tragfähig erweisen. Woher soll auf Dauer die Motivation der Akteure kommen, sich in Projekten für innovative Versorgungsansätze und eine bessere Patientenversorgung einzusetzen, wenn zum einen die Rahmenbedingungen für Selektivverträge nach wie vor

nicht innovationsfreundlich geprägt sind und zum anderen wettbewerbliche Vorsprünge durch Kollektiventscheidungen oder durch gesetzliche Eingriffe in Frage gestellt werden können. Diese Anreizprobleme werden in den nächsten Jahren möglicherweise durch die erheblichen Mittelzuflüsse aus dem Innovationsfonds überdeckt. Die jetzt vorgesehenen Regelungen garantieren daher keine dauerhafte Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems und ersetzen keine langfristig orientierte Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen, um diese für die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten. ■

7 Vgl. Entwürfe für Änderungsanträge zum GKV-VSG vom 19.05.2015, S. 81 f.