

Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: Ein Fehlversuch?

KARL-HEINZ SCHÖNBACH

Karl-Heinz Schönbach war viele Jahre in leitenden Positionen in der GKV tätig – zuletzt beim AOK-Bundesverband. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik* und lebt als Politikberater in Berlin

Für das deutsche Gesundheitswesen wird heute ein großer Teil der Fragen als ordentlich beantwortet gelten können. Man muss sich nicht verstecken. Seit allerdings Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen „morbidityorientiert“¹ verbunden sind, wird die Balance der Interessen kaum mehr von klaren Antagonismen gestört. So meandern Debatten frei von ordnungspolitischen Maßstäben daher. Die Politik müht sich nach einsamen Agenden symptomorientiert ab und strukturell notwendige Veränderungen ziehen sich quälend lange hin. Einem zentral verwalteten System gehen schlicht die Ideen aus 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 GKV mit einer Wettbewerbsordnung aufzuhelfen. Muss „Wettbewerb“ in einem korporatistischen System heute als Fehlversuch betrachtet werden?

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 Wettbewerbsbegriff schillernd. In dem fein granulierten System gewachsener staatlicher Regulierungen werden Spielräume von dazu legitimierten Korporationen geradezu pulverisiert. Für die wirtschaftlichen Akteure bzw. ihre Gruppierungen gehört das Lobbyieren daher zum Kerngeschäft. Schließlich verteilt eine zu jeder Interven-

tion bereite Politik den Managementserfolg der Akteure jede Legislaturperiode um. 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

1 Die zentralen Einnahmen- und Ausgabenschlüssel der stationären DRGs, ambulanten RLV und kassenseitigen RSA funktionieren weithin gleichgerichtet, Antagonismen relativieren sich damit und die Gesundheitspolitik geht entsprechend über die Krankenkassen hinweg. Alle relevanten Entscheidungen trifft die Politik.

Inszenierung bewegt zuvörderst die Gemüter der Protagonisten² selbst. Zwar hat jeder so seine Mühe mit den anderen. Aber man braucht sich im Ensemble. Und da ist 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 es ihren Platz in der Runde selbst nicht tatsächlich in Frage stellt. Und die Kassenverbände sprechen sich nur für Vertrags-Spielräume 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.

Im reiferen korporatistischen Ensemble herrscht eine Art geräuschvolles Gleichgewicht des Vermeidens.

Dass „Wettbewerb“ ohne stimmigen Ordnungsrahmen einer Irrfahrt gleichkommt, zeigt das Beispiel der 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 eine SB-Gebührenordnung deren Abrechnungselastizität medizinischen Maßstäben Hohn spricht. Dass damit die Drehscheibe der ambulanten Versorgung auch für die GKV³ versorgungspolitisch ins Schlingern kommt, war Anlass für die Diskussion um eine einheitliche Gebührenordnung. Die Große Koalition hat sie ignoriert und propagiert stattdessen aktuell mit „Termin-Service-Stellen“ bloße 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 wesentlichen um den Beitragssatz, um Service/Patienteninformation und um Satzungsleistungen, deren Refinanzierung nicht über den Risikostruktur-

ausgleich erfolgt. In einer gesetzlichen Krankenversicherung 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. Letzterer kann sich entwickeln, wenn neben dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auch ein Wettbewerb um Versorgungsverträge eröffnet ist⁴. Er 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 ihrer Sicherstellung beitragen⁵. Seit den 90er Jahren findet dazu in zahlreichen Ländern eine ordnungspolitische Dis-

kussion um „Managed Competition“⁶ 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! Selbst Hausarztverträge, zu denen der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet hatte, kamen als Einzelverträge erst mit staatlichen Zwangsmitteln zustande. Und für das aktuell diskutierte Innovationsbudget 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: Mehr Innovation war nie. Dreht sich bereits der Schlüssel in der Tür zum Bundesamt für Krankenversicherung?

1. Wettbewerbskonzept des GSG 1992

Um den damit aufgeworfenen Fragen nachgehen zu können, ist ein kurzer Rückblick in die Systementwicklung der GKV hilfreich. War der erste Abschnitt sozialer Reformpolitik in der Krankenversicherung ab den 1970er Jahren sozialdemokratisch, also vom sozialen Fortschritt durch staatliche Leistungsgesetze geprägt, wandte sie sich – nach einer Etappe dadurch notwendig gewordener Kostendämpfungsgesetze – ab den 1990er Jahren den drei bekannten Stufen der Gesundheitsreform zu. Dabei war die erste Stufe einer Neukodifizierung der „Reichsversicherungsordnung“ zum SGB V vorbehalten und der Weiterentwicklung des Sachleistungsrechts durch Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel (Gesundheitsreformgesetz, GRG, 1989). In der zweiten Stufe gelang es, mit der Abkehr vom Zuweisungssystem von Versicherten zu Krankenkassen und deren neuem Risikostrukturausgleich die Grundlagen für den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt neu zu ordnen (Gesundheitsstrukturgesetz, GSG, 1992). Dieser fundamentale Schritt folgte eher dem Geiste einer informellen Großen Koalition, ohne dass allerdings eine verbindende Vorstellung bestand, welche Felder dieser initiierte Wettbewerb weiter antreiben sollte. Ziel

2 Gegen Ende der abrupt beendet Amtszeit einer der kolossalen Protagonisten sind schon einmal Stühle durch den Raum geworfen worden, während seinem Nachfolger der Anlass für die Erregung vorher hätte erläutert werden müssen. Verhandelt worden war über gehobene Honorar-Mathematik.

3 Gegenüber dem GKV-Anteil steigt der Umsatzanteil aus Privatpraxis nach wie vor und erreicht für die Fach-arztgruppen im Verhältnis zur PKV-Population weit überproportionale Werte, vgl. Statistisches Bundesamt: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten Fachserie 2 Reihe 1.6.1 – 2011 und Literatur bei Fußnote 31.

4 Vgl. umfassend Cassel D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, vorgelegt im Juli 2006.

5 Neo- oder pseudoliberalen Vorstellungen zum „Wettbewerb in der GKV“ (von Kronenberger Kreis bis zu FDP-Programmen) haben bisher realpolitisch kaum eine Rolle gespielt.

6 Vgl. Enthoven, A.C.: The History And Principles Of Managed Competition, in „Health Affairs“, January 1993, Vol. 12, Supply No. 1, 24 – 48. Wobei bemerkenswert ist, wie weit die GKV heute an den Bedingungs-kranz herangerückt ist.

war die Öffnung der Krankenkassen mit gleichen Wahlrechten für Arbeiter wie Angestellte. Entsprechend wurden mit den ersten beiden Stufen der Gesundheitsreform keinerlei neue Wettbewerbsfelder für die Krankenkassen eröffnet. Und der eigentümliche Wettbewerb der Kassenverbände wurde bereits hier durch gesetzlichen Zwang zu „einheitlichen und gemeinsamen“ Verhandlungen beendet. Obendrein stattete die christlich-liberale Regierung das GSG 1992 mit gesetzlich plafondierten Budgets für ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen aus⁷.

Mit der Wettbewerbsordnung wurde der Wertekanon der Marktwirtschaft okkupiert.

Immerhin schien die Verunsicherung politischer Positionen gelungen und der Keim für eine neue Debatte gelegt. Die traditionellen Parteigänger von „Wettbewerb“ waren von „ihren“ politischen Parteien düpiert worden⁸. Allzu floskelhaft hatten bis dahin Ärztesgruppen, Pharmaindustrie, Handwerker und konservative Ökonomen ordoliberalen Rhetorik bemüht und ritualisiert auf privatrechtliche Deregulierungen der GKV gedrungen. Der in der Politikberatung vom „Verein für Sozialpolitik“, über die „Enquetekommission Krankenversicherung des Bundestages“ bis zum „Sachverständigenrat Gesundheit“ diskutierte Wettbewerb war dort fremd. Experten⁹ merkten in der Folgezeit an, eine neue Generation in den Verbänden der Krankenkassen habe erfolgreich begonnen, den traditionell konservativen „Wertekanon der Marktwirtschaft“ zur Durchsetzung von Versicherteninteressen zu okkupieren. Sie argumentiert im Kern, der notwendige Wettbewerb auf der Versicherungsseite sei durch den RSA entpolitisiert. Über den Service-Wettbewerb gegenüber den Versicherten hinaus beschere ein attrahierenden Vertragswettbewerb, wie ihn zuvor insbesondere die Ersatzkassen betrieben hatten, lediglich „Windfall-Profits“ für Anbieter. Ohnehin war mit dem RSA bei den Krankenkassen der Anreiz entfallen, Vorteile auf der Einnahmenseite „wettbewerbslich“ in bloße Zusatzhonorare für Ärzte umzusetzen oder „wettbewerbslich“ über KV-Verträge die Kosten in der KVdR hochzutreiben¹⁰. Somit solle sich der Wettbewerb der Krankenkassen auf die patientenorien-

tierte, qualitativ hochwertige und kostengünstige Versorgung der Versicherten erstrecken können¹¹. Dass dies tatsächlich euphemistisch anmuten musste, belegt ein Blick ins Gesetzbuch. Hier gab es bis zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 keinerlei Freiraum für die von den Protagonisten beschriebenen „funktionalen Wettbewerb“ der Krankenkassen auf der Seite der Leistungserbringung. Für die Kernbereiche waren ausnahmslos „einheitlich und gemeinsam“ flächen- bzw. krankenhaus-einheitliche Kollektivverträge mit Kontrahierungszwang und entsprechenden Schiedsregelungen vorgegeben.

Euphemistisch oder nicht war nunmehr zumindest eine positiv besetzte Idee von „Wettbewerb“ nicht nur bei den Anbietern zu Hause, sondern auch bei den Krankenkassen angekommen, obschon dies die Politik nicht hinderte, sie weiter zu ignorieren. Dennoch ging – wenn auch ungewollt – zumindest von der wettbewerbsfremden „sektoralen Budgetierung“ des GSG 1994 ein innovativer Impuls aus. Eine Generation kassenärztlicher Landesvorsitzender ließ (ohne jede Rechtsgrundlage!) erste Modellverträge mit Krankenkassen zu. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erwarteten auf lange Zeit gedeckelte Budgets und suchten Wege, durch Kooperation Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern bzw. zu Mehreinnahmen. Obschon sie für die ihnen fremden Einzelverträge keinen Pfennig zu investieren bereit waren kamen mithin das „Praxisnetz mit Kombinierten Budgets“ von BKK/TK in Berlin, die „Vernetzen Praxen“ der Ersatzkassen ohne die TK in Rendsburg und der „Hausarztvertrag“ der AOK in Hessen ohne Rechtsgrundlagen zustande. Zwar stand das öffentliche Spektakel um die Verträge in keinem Verhältnis zum realen Fortschritt. Aber die politische Symbolik schien gesetzt. Erst mit der „3. Stufe der Gesundheitsreform“ erhofften die Krankenkassen bei erwarteter Abkehr von den strikten Budgetbegrenzungen nutzbare Vertrags-Spielräume auf der Angebotsseite. Entsprechend wurde die Debatte um die „3. Stufe“ mit einem fulminanten Papier über die „Solidarische Wettbewerbsordnung“¹² begleitet. Danach sollte dem ordnungspolitisch flankieren Wettbewerb auf der Versicherungsseite nunmehr ein ebenso zu entwickelnder Wettbewerb auf der Angebotsseite nachgereicht werden.

Die Resonanz des Papiers war auf der Anbieterseite so beeindruckend, dass es von der Selbstverwaltung der Kassenverbände bald öffentlich als „Referentenpapier“ entmilitarisiert werden musste.

Somit gingen die Forderungen der Kassenverbände 1996 ff. an der christlich-liberalen Regierung komplett vorbei. Am Rande erreichte der BKK Bundesverband zwar eine Öffnung der zuvor nur für „Leistungen“ vorgesehenen Modellvorschriften des §§ 63 ff. SGB V für Verträge zur Leistungsgestaltung mit einer Budgetvereinbarung. Doch die dreiste Vereinnahmung ihres Konzepts der „Kombinierten Budgets“ und „Praxisnetze“ für „Strukturverträge“ der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde gleich parallel geregelt. So bekam jeder etwas ab. Politisch relevanter waren für die Seehofer-Administration steigende Beitragssätze. Als der Gesundheitsminister in den eigenen Reihen mit Vorschlägen scheiterte, zumindest den Arbeitsgeberbeitrag zu begrenzen, verlangte der die Koppelung von Beitragssatz und Selbstbeteiligung der Versicherten¹³. Der lichtvolle Gedanke trug zum Regierungswechsel bei. Und so führte erst die rot-grüne Regierung mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 Rechtsgrundlagen für die „Integrierte Versorgung“ (§§ 140b ff. SGB V) ein. Als der Rahmenvertrag auf Bundesebene über die Budgetvereinbarung auch über das Schiedsamt nicht zustande

7 Kein Wunder, dass der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1993 noch vor Inkrafttreten des GSG zurücktreten musste.

8 Die Irritation muss ähnlich der durch die Hartz-Gesetze in den 2000er Jahren bei den Gewerkschaften gewesen sein. Allerdings fand sich die Ärzteschaft mit Seehofer durchaus ab, während hernach Andrea Fischer im BMG ihr ganzer Hass gegen die Budgetierung traf.

9 Griesewell, G.: Markt oder Staat - Wettbewerb oder Dirigismus? Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen, in Arbeit- und Sozialpolitik 1994, Heft 1, Seite 28 – 41.

10 Zu KVdR-Zeiten gaben Verträge der AOK mit der KV Niedersachsen dem Gesetzgeber Anlass, unterschiedliche Punktwerte für einzelne Versichertengruppen in den Gesamtverträgen zu untersagen.

11 Schönbach, K.H.: Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV, in: Arbeit- und Sozialpolitik, Ausgabe 1-2 in 1994, Seite 19 – 27.

12 Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen: „Ochsenblutrotes Papier“ zur Solidarischen Wettbewerbsordnung, Bonn 1996.

13 Eine politische Instinkttlosigkeit sondergleichen. Jahre später konnte Seehofer bei der Praxisgebühr „nach glücklichen Stunden gemeinsamer Beratung“ Ulla Schmidt vorschicken.

Tabelle 1: Gemeldete Verträge zur Integrierten Versorgung

	2004	2005	2006	2007	2008
Vorliegende Meldungen zu Verträgen zur integrierten Versorgung	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407
davon Meldungen zu Verträgen mit Beginn ab dem 01.04.2007				756	1424
davon im jeweiligen Kalenderjahr gemeldet		1.913	3.309	5.069	6.183
davon im Kalenderjahr neu abgeschlossene Verträge	1.374	1.995	1.597	1.652	756

Quelle: BQS

kam, legte „rot-grün“ mit einer befristeten pauschalen Budgetbereinigung von 1 Prozent der Gesamtvergütung bzw. des regionalen Krankenhausbudgets nach. Parallel wurden Einzelverträge mit Gruppen von Hausärzten (§ 73b SGB V) und besondere Versorgungsverträge mit Fachärzten (§ 73c SGB V) ermöglicht.

Wie bereits angeführt, sind Vertrags-Spielräume der „besonderen Versorgungsformen“ aus Modellvorhaben¹⁴, Integrierter Versorgung, Hausarztverträgen¹⁵ und besonderer fachärztlicher Versorgung durchaus vorhaben. Die Tür zum Vertragswettbewerb steht offen und das Feld ist im Prinzip unbegrenzt. Die Vertragspartner können von den Bestimmungen des IV. Kapitels des SGB V (Beziehungsrecht) abweichen. Dabei ist die Mitgift aus der Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen durch Schiedsamtspflicht zugesichert, auch wenn insbesondere bei der besonderen fachärztlichen Versorgung Probleme bestehen. Doch Patienten erwarten bzw. Ärzte schätzen etwa die Integrierte Versorgung¹⁶ aus ihrer Sicht durchaus positiv ein und erwarten durch die Verträge eine bessere Versorgung. Allerdings gilt das eherne Gebot der Beitragssatzstabilität aus Symmetriegründen auch für diese

Verträge. Und die Vertragspartner unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsvergleich gegenüber den Kollektivverträgen ohne eine zeitliche Frist, in der zusätzliche Investitions- und Anlaufkosten¹⁷ gedeckt werden können. Auch taten sich Aufsichtsbehörden und Bundessozialgericht schwer mit der Einsicht, dass etwa bei gleichen Gesamtkosten zur „Integration“ höhere Organisationskosten anfallen und aus den Bereinigungsbeträgen zu finanzieren sein können. Und schließlich haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ein Vorprüfungs- und Nachprüfungsgebaren entwickelt, das die bürokratisch-administrativen und zeitlichen Vertragskosten in die Höhe treibt.

2. Ergebnisse der Entwicklung aus dem GSG

Der Versuch, auf der Angebotsseite der GKV zu differenzierenden Verträgen der Krankenkassen zu kommen, umfasst mithin eine langjährige Entwicklung. Sie hat erst mit der auf 4 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 Vertrags-Entwicklung 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 ohne Flächenverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung nur die AOK Rheinland-Pfalz an den Start. So bleibt es bei der „anschubfinanzierten“ Integrierten Versorgung. Das Register dazu führte die BQS. Danach ist die Zahl der Verträge zunächst kontinuierlich angestiegen (vgl. Tab. 1). Insbesondere aufgrund noch hunderter BKKs finden Mehrfachmeldungen statt. Die Zahl der Neuverträge flacht nach Auslaufen der Anschubfinanzierung ab (vgl. Tab. 1), obschon das Vergütungsvolumen noch ansteigt (vgl. Tab. 2). Nach Ende des BQS-Reporting 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 in die Verträge wird 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 (vgl. Abb. 1). Als Problem erweist sich insbesondere die Beteiligung der Hausärzte. Sie wird unterschiedlich gehandhabt und nur in der 3. genannten Gruppe teils forciert. Auch bei den Hausarztverträgen nach § 73b, deren Modellfall Baden-Württemberg

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 Mio. Euro)	248	498	650	768	811

Quelle: BQS

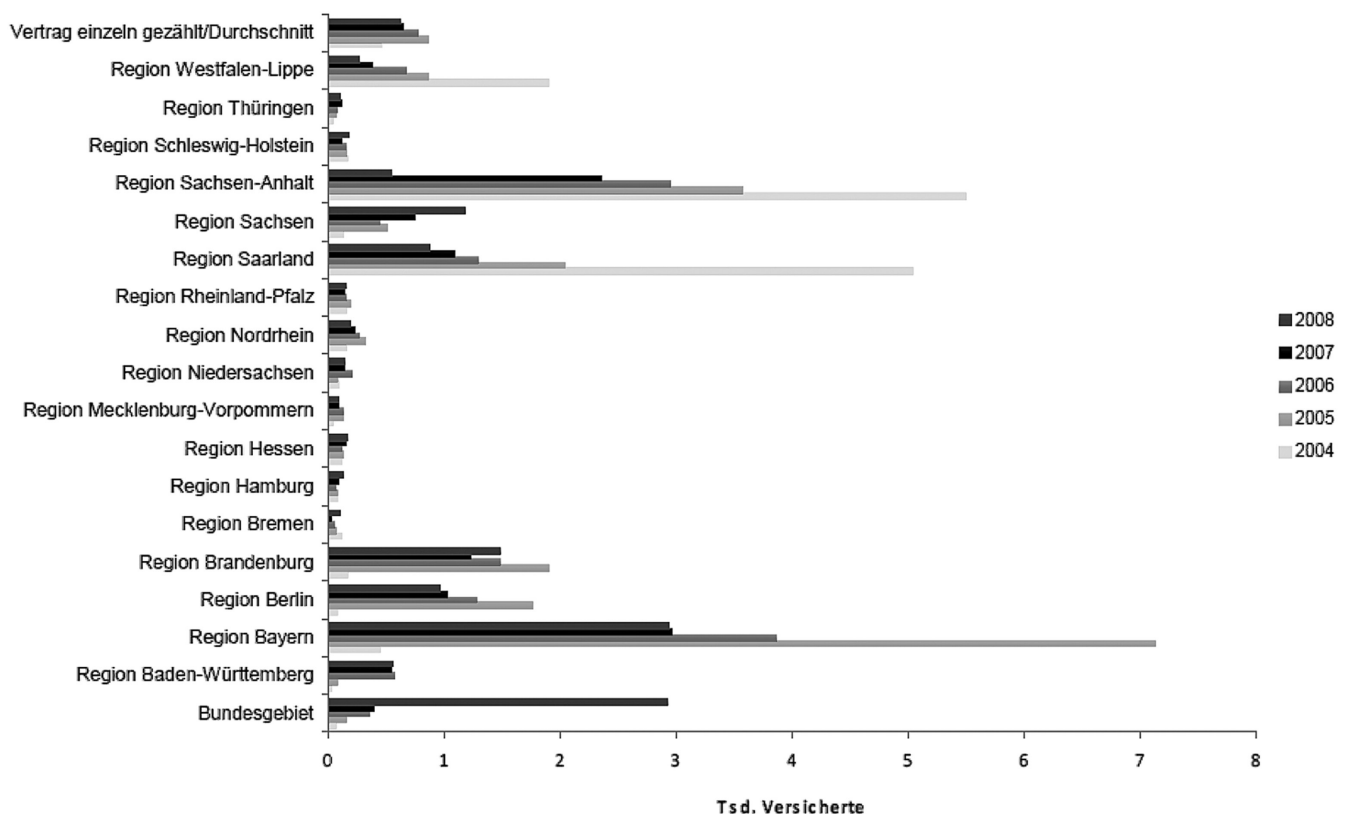
14 Mit Satzungsänderung der Krankenkasse.

15 Die mit Abschlusszwang und kollektivvertragähnlicher Schlichtung einen Sonderstatus aufweisen.

16 Vgl. „Mehrheit der Ärzte sieht Selektivverträge positiv“, in: Ärztezeitung vom 8. Oktober 2010 und die dort erläuterten Befragungsergebnisse.

17 Eine Frist von 4 Jahren wird erst im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 in Aussicht genommen.

Abbildung 1: Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherer je Vertrag nach Regionen



Quelle: BQS

leistet, 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, tief im 1-Prozent-Korridor verharret. Ärzte und Krankenhäuser lösen mit diesem Instrument örtliche Besonderheiten der Versorgung, 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 (§ 73b SGB V) und fachärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) darf das mit Fug und Recht bezweifelt werden. Die Tür für Verträge der Einzelkassen stand sperrangelweit auf 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, unterstützt mit Gewicht eine Reihe von Praxisnetzen mit 65.000 eingeschriebenen Versicherten¹⁸. 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. Einzelheiten¹⁹ seien auch hier erspart, da sie ohnehin nicht weiterführen.

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 aktuell

berät der Bundestag ja den Abbau von Hemmnissen, 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 MVZ, 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- bzw. Niederlassungsfreiheit. Vertragsrechte und Spielregeln der Vertragspartner sind im Beziehungsrecht des SGB V festgelegt. Das Vertragsrecht obliegt den maßgeblichen Verbänden auf den je-

¹⁸ Aber auch wurde ab 2014 eine Umstellung auf Strukturverträge mit der KV betrieben, um allzu hohe Transaktionskosten zurückzufahren.

¹⁹ Vgl. ausführlich Paquet, R.: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge, Friedrich-Ebert Stiftung (WISO-Diskurs), März 2011.

weiligen Seiten²⁰. Wie angedeutet werden zentrale Rahmenbedingungen und fast alle relevanten ökonomischen Stellgrößen auf Bundesebene festgelegt. Dafür ist inzwischen auf Seiten der Krankenkassen singulär der „GKV-Spitzenverband“ eingerichtet. Für die abschließenden Verträge kontrahieren die Krankenkassen bzw. ihre Verbände auf Landesebene²¹ mit den Pflicht-Vereinigungen der Leistungserbringer in Flächenverträgen. Bestimmend ist dabei,

- a. dass sich eine Bedarfsplanung – wenn überhaupt – nur auf strukturierte Verteilungsfunktionen in der Fläche beschränkt und der Bedarf aus historischen Relationen abgeleitet wird. Der patientenbezogene Leistungsbedarf spielt dabei nur indirekt abgeleitet eine Rolle und bemisst sich ansonsten nur darin, was die Ärzte zuvor im Gleichschritt abrechnet haben,
- b. dass für die Zulassung qualifikatorische Voraussetzungen im Vordergrund stehen 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,
- c. dass Verträge für alle Leistungserbringer einheitlich von deren Pflicht-Verband mit den Verbänden der Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ abzuschließen sind,
- d. dass dabei für die Vertragspartner Kontrahierungspflicht mit Zwangsschlichtung besteht und
- e. dass der Gesetzgeber für die so formierten „Sektoren“ dezidierte Vorgaben für die jährliche Veränderung des regionalen Vergütungsvolumens macht,

so dass die gesamten Einnahmen der jeweiligen Krankenkasse praktisch durch zentrale staatliche und verbandliche Entscheidungen verplant sind. Dieser Punkt wird umso genauer getroffen, eliminiert erwartete Beitragssatzunterschiede und reduziert die Neigung zu wettbewerblichen Vorstößen als die Krankenkassen

- a. Einnahmen nach dem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommen und damit

nach den nach Risikomerkmale differenzierten Ausgabenbedarf ihrer Versicherten

- b. und die wesentlichen Ausgabenrisiken Einnahmenerwartungen der Krankenkassen über den Diagnosebezug von Vergütungen und Risikostrukturausgleich verbunden sind²².

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

- a. Jeder, der kann, wird zugelassen und darf zu Lasten 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 etc. – haben jeweils eine abnehmende politische Halbwertszeit: Der Ausgabendruck hält mithin an, solange gesetzlich kein unangemessen hoher Beitragsbedarf²³ unterstellt wird.
- b. Gegen den zugelassenen Druck durch Einzelverträge Inseln der Stabilität und Qualität 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 Systemrelevanz²⁴ werden dagegen ausgebeutet und gehen unter.
- 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 lassen. 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 GSG 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 Leistungserbringern das Recht, Verträge abzuschließen,

Einzelverträge zur Einnahmensicherung kränken das Konzept im Kern.

- a. 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 betrachten²⁵,
- b. erwarten die Leistungserbringer 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 und

²⁰ Etwa beim ambulanten Operiere oder der Spezialärztlichen Versorgung finden sich auch drei Seiten.

²¹ Es können auch in den Grenzen des Kartellrechts Verträge für die Mitgliedschaften vom jeweiligen Bundesverband e.V. geschlossen werden, die durch Beitritt Geltung erlangen. Ihre praktische Bedeutung ist z.Zt. gering.

²² Die langjährigen Befürworter von Vertragswettbewerb, zu denen sich der Autor freimütig bekennt, hatten den Morbi-RSA gefordert, weil sie in ihm die notwendige Voraussetzung für den Vertragswettbewerb gesehen hatten. Dass dabei, wohl aufgrund der Nivellierungseffekte, die Motivation zu Versorgungsinnovation erodiert und Verträge zur Einnahmensicherung Vorrang gewinnen, hatte ihr offenbar naives Weltbild nicht zugelassen.

²³ Die Gesundheitsfonds- und Liquiditätsreserven ab 2010 sind durch solche Fehleinschätzungen entstanden.

²⁴ So wurde etwa das frühe Praxisnetz Berlin auch dadurch kannibalisiert, dass nicht teilnehmende Ärzte für teilnehmende Versicherte mit fest vereinbartem Punktwert besonders hohe Abrechnungen ausstellten.

²⁵ Die Verbände, etwa die KV, den Einzelverträgen beitreten zu lassen, ist beim Rahmenvertrag nach §140d SGB V im Jahre 2001 tatsächlich als Zugeständnis an einen „lunatic corporatism“ erwogen und zumindest vom BKK Bundesverband verworfen worden. Mehr als 12 Monate später hat das Bundesschiedsamt dazu getagt und die Integrierte Versorgung praktisch bis zur gesetzlichen „Anschubfinanzierung“ auf Eis gelegt.

- c. zeichnet sich ein Deal in der Regel dadurch aus, mit höherer Qualität, die höhere Preise rechtfertigt, aus der Leistungsvermehrung 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 rechnet. Sieht man zur Vereinfachung von Effekten auf nachgelagerte Leistungsstufen und Marketingeffekten ab,

- a. 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 KV vergleichsweise gering sein, weil die Budgetbereinigung keinen großen Umfang hat. Entsprechend ist das Interesse der Krankenkasse begrenzt, wenn eigene punktuelle Mengeneffekte in der Fläche kollektiv kompensiert werden können. Das Schließen regionaler Versorgungslücken steht hier im Mittelpunkt.
- b. 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 KV wird somit bei vermutetem geringem Qualitätsunterschied mit umfangreichen Budgetbereinigungen konfrontiert und den Vertrag zu stören versuchen²⁶. 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 weiterhin Kollektivvertragspartner ist²⁷. Die Risiken auf die Leistungserbringer zu verlagern vernichtet dort den Leistungsanreiz.

Hat eine Krankenkasse im Gebiet der KV einen hohen Marktanteil und kann sowohl im Kollektivvertrag wie im Selektivvertrag einen marktbeherrschenden Einfluss geltend machen, kann sie die oben skizzierten Widerstände maßgeblich reduzieren. Ansonsten aber kann es nicht verwundern, dass die Einzelverträge allenfalls bei punktuellen Versorgungsproblemen genutzt werden und als widerrufbare „add-on“-Verträge ohne Budgetbereinigung zu Marketingzwecken. Dem korporativen Zwangssystem in der Fläche mit Wettbewerbsimpulsen aufzuhelfen gelingt nicht.

4. Kontrahierungszwang zumindest zu modifizieren

In einem geschlossenen GKV-System mit Kontrahierungszwang und vollständiger fiskalischer Verbundenheit kann Wettbewerb nur begrenzt entstehen. Will die GKV über den Tag hinaus, was abzuwägen ist, bedarf es zumindest Modifikationen, die das o.g. „Gleichgewicht des Vermeidens“ stören. Die radikale Inkarnation einer solchen Störung, das „Globalbudget“²⁸, ist heute gerade noch

Ein selbsttragender Wettbewerb um Versorgungsverträge mit Systemwirkung steht aus: Gleichwohl kann nicht von einem „Fehlversuch“ gesprochen werden.

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 auszu-schreiben. Kontrahiert dabei jede einzelne Krankenkasse im Umfang des von der GKV benötigten Leistungsbedarfs, so ist dem Gesichtspunkt der notwendigen Auswahlfreiheit der Versicherten weit Genüge getan. Entsprechende Übergänge zu einem wettbewerblichen Vertragssystem mit einheitlich definierten Grundlagen und Qualitätsstandards hätten sich wie erwähnt auch bei den Disease-Management-Programmen ergeben, wenn sie nicht historisch mit extraordinären Refinanzierungsanreizen der Krankenkassen befrachtet worden wären. Weitere fachärztlich spezialisierten Versorgungsgebiete liessen 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 hinaus gehende Entwicklungen sind vielfach gehemmt. Somit finden sich kaum Vertragspartner erfolgreich zusammen, die Innovationen vorantreiben und die Grenzen des Kollektivvertragssystems politisch deutlich

26 Die KV wird bürokratische und verfahrenstechnische Hindernisse nutzen und die Beträge aus der Budgetbereinigung vor allem den Ärzten aufzuerlegen versuchen, die an dem Einzelvertrag beteiligt sind. Mit dem überflüssigen Gerangel darum lassen sich inzwischen Bibliotheken füllen, bei denen begabte Menschen ihre Talente verschwendet haben.

27 Auch wenn Gesamtverträge mit der KV inzwischen „einheitlich und gemeinsam“ abzuschließen sind, bleiben die Landesverbände der Krankenkassen angewiesener Vertragspartner der KV in zusätzlichen Verträgen, die für ihre Einnahmen und Ausgaben essentiell sind.

28 Der Entfall sektoraler Budgets zu Lasten eines Globalbudgets, für das die jeweilige Krankenkasse der Aufsicht bis zum Einsatz von Maßnahmen, an deren Ende ihr Schließung steht, haftet, hat die rot-grüne GKV-Gesundheitsreform zwar gesehen, aber nicht erlebt. Die Protagonisten des Globalbudgets werden immer noch der Korporatismus-Inquisition wegen Ketzerei verfolgt.

machen. Deren Protagonisten bemächtigen sich vielmehr inzwischen politisch eines zentral verwalteten Innovationsbudget²⁹. Währenddessen werden die Systemdefekte innerhalb des Kollektivvertragssystems³⁰ von der gesundheitspolitischen Diskussion ausgeklammert. Sie liegen im Schatten der gesundheitspolitischen Tabus bzw. „Friedensgrenzen“

- ÷ der morbiditätsorientiert verbundenen Kollektivvertragspartner,
- ÷ der unter Fehlanreizen konkurrierenden GKV und PKV³¹ und
- ÷ der widerstrebenden Krankenhauspolitik von Bund und Ländern³².

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. ■

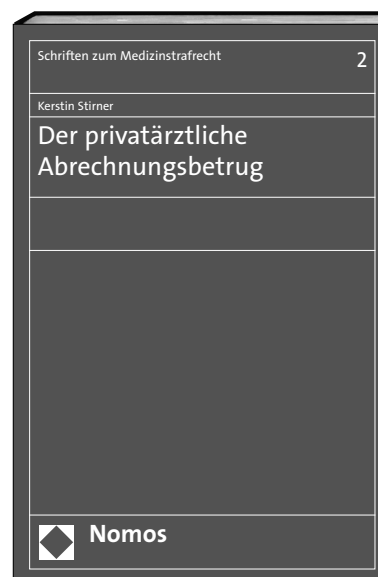
29 Vgl. dazu unabhängig von der aktuellen Diskussion Jacobs, K.: Der Innovationsfonds – ein ordnungsökonomischer Irrläufer. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 15. Jahrgang, Heft 2/2010, S. 67-69 und aktuell: Wie wird der Innovationsfonds innovativ: Schwerpunkt- ausgabe der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik mit Beiträgen von Ulrich, V., Schmacke, N., Gibis, B., Straub, Chr., Böhm, St., und von Bandemer, St., Ausgabe 2 in 2014.

30 Vgl. Schönbach, K.H.: Reformbedarf der Versorgungsstrukturen in der GKV, Systemdefekte behindern die Gesundheitspolitik, Vortrag zu den Bad-Orber Gesprächen 2013, veröffentlicht in Gesundheits- und Sozialpolitik, Ausgabe 1 in 2014, S. 32 – 40.

31 Vgl. Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Expertenkommission der Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs) April 2013 und Schönbach, K.H.: Reform der ambulanten Vergütung, in IMPLICON, gesundheitspolitische Analysen, Ausgabe 3 in 2013.

32 Vgl. Malzahn, J., Schönbach, K.H., Wehner, Chr.: Qualitätswettbewerb in den Leitplanken einer bedarfsorientierten Krankenhausplanung und -finanzierung, in Gesundheits- und Sozialpolitik, Ausgabe 4-5 in 2014, Seite 19 – 32.

Im Fokus: privatärztlicher Abrechnungsbetrug



Der privatärztliche Abrechnungsbetrug

Von RAin Dr. Kerstin Stirner

2015, 255 S., brosch., 66,- €

ISBN 978-3-8487-2030-9

(Schriften zum Medizinstrafrecht, Bd. 2)

www.nomos-shop.de/24289

Die stetig wachsende Bedeutung des Gesundheitssystems in der deutschen Volkswirtschaft führte in jüngster Vergangenheit auch zu einem Wandel im Medizinstrafrecht. Längst ist ärztliches Fehlverhalten nicht mehr nur vor dem Hintergrund der Körperverletzungs- und Tötungsdelikte zu betrachten; im Fokus stehen nun vor allem Wirtschaftsstraftatbestände. Eine nicht unerhebliche Rolle kommt dabei auch dem privatärztlichen Abrechnungsbetrug zu.

Das Werk setzt sich schwerpunktmäßig mit der Bewertung privatärztlicher Abrechnungsmethoden am Maßstab des § 263 StGB auseinander und zeigt vor allem die Unterschiede zum vertragsärztlichen Abrechnungsbetrug auf. Berücksichtigt werden dabei nicht nur die theoretischen Aspekte des Betrugstatbestands, sondern auch die berufsrechtlichen und strafprozessualen Besonderheiten, die mit dem Vorwurf von Falschabrechnungen eines Privatärztes einhergehen.



Nomos