

Kollektive und selektive Verträge in der GKV

Der wettbewerbliche Umbau des deutschen Gesundheitswesens wird von der politischen Makroebene her geführt und konnte bisher weder auf der Meso-, noch auf der Mikroebene selbsttragende, irreversible Prozesse initiieren. Von daher haben sich allen voran die Arztfunktionäre rigoros auf „Blockade“ verlegt. Dieses Konzept ist nach dem Durchbruch der Krankenkassen mit dem Hausarztvertrag in Baden-Württemberg obsolet. Nun sollte auch etwa bei der KBV ein Mitgestalten an Stelle von Blockade treten. Die Nagelprobe dafür ist ein konstruktives Öffnen der Budgetbereinigung auf der Ebene der neuen morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen: Nicht um den Strand zu verlängern, damit die Welle ausrollen kann, sondern um auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen als Ordnungsfaktor und Dienstleister mitwirken zu können. Die besondere Nachfragefunktion der Krankenkassen durch selektive Verträge und die allgemeine Sicherstellungsfunktion der gemeinsamen Selbstverwaltung können sich so ergänzend entwickeln.

■ Karl-Heinz Schönbach

Kollektivvertrag nur noch für die Restversorgung?

Wer sich als Advokat der Kassenärztlichen Vereinigungen in Positur bringen will, treibt gern sein Entsetzen mit dem „Recht des Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ (WSG), das angeblich das „Kollektivvertragsrecht“ als „historische Errungenschaft der Ärzte“ aufbrechen, durch „flächendeckende Einzelverträge“ ablösen, die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Entzug der Monopolstellung beim Vertragsschluss entmachten und die Krankenkassen mit anwachsender Steuerungskompetenz durch Übergang des Sicherstellungsauftrages ausstatten will.¹ Hinweise in den Begründungen des WSG, Interpretationen einiger Protagonisten und schlichtweg die theoretische Möglichkeit scheinen eine solche Drohkulisse vermeintlich zu begründen. Auch hatte die CSU schon einmal einen Kreuther Winter lang das Ende des KV-Monopols beschlossen, so dass der Hinweis, ein so zu verstehendes WSG könne die Union ja wohl kaum mitbeschlossen haben, auch nicht alle Zweifel zerstreut. Kommentare führender Zeitungen, den Strategen Ulla Schmidts habe die Union nichts entgegensetzen können, sind noch gut in Erinnerung. Aber wer wollte tatsächlich annehmen, die „Große Koalition“ habe ordnungspolitisch „ohne Wenn und Aber“ Konturen gezeigt und nicht ebenso den entgegengesetzten Weg offen

gelassen? Das WSG hält – wie die große Koalition – immer zwei Lesarten bereit.

Während der Sachverständigenrat eher einen Mittelweg betont, es gehe nicht um den „Ersatz der Kollektivverträge durch selektive Kontrahierung“ und damit einhergehend um eine „Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen“; vielmehr könnten „selektive Vertragsverhandlungen auch innerhalb eines kollektivvertraglichen Rahmens“ erfolgen und ebenso „mit der korporativen Koordination in Wettbewerb treten“², gab es bis zum Durchbruch in Baden-Württemberg auch skeptischere Signale.

- Zum einen hatte das BSG in seinen Entscheidungen zur Integrierten Versorgung vom 06.02.2008 die Maßstäbe zurechtgerückt, nach denen etwa Hausarztverträge mit Hilfe von Apothekerverbänden zu Integrierten Verträgen umgemünzt worden waren. Der sogenannte BARMER-Vertrag ist inzwischen gekündigt worden. Außerdem hat das BSG die Anforderungen an fachübergreifende und sektorübergreifende Versorgung in einer Weise klargestellt, die künftig zu beachten ist. Damit ist die Wettbewerbsoption Integrierte Versorgung zumindest nicht erweitert.
- Zum anderen aber gibt es in der Tat eine zweite Lesart des WSG, die den schmalen Grad zwischen Wettbewerb und Einheitskasse zu erkennen gibt: Neben dem gesetzlichen Gebot, den Versicherten auf dem Wege über Ausschreibungen³ flächendeckend Hausarztverträge anzubieten, stehen den Krankenkassen Wettbewerbsoptionen nur bei den rechtlich angegriffenen

Karl-Heinz Schönbach, Diplom-Volkswirt
Leiter des Geschäftsbereiches Gesundheit
AOK Bundesverband Berlin

Rabattverträgen für Arzneimittel⁴ offen, bei den ebenso angegriffenen Ausschreibungen für Hilfsmittel⁵ und auf dem steinigem Weg über die Bereinigung kollektivvertraglicher Krankenhausbudgets bzw. ärztlicher Gesamtvergütungen. Wettbewerbliche Verträge nach §§ 73b SGB V (Hausarztverträge), 73c SGB V (Facharztverträge) und 140b SGB V (Integrierte Verträge) bleiben ohne Mittel aus den Budgets Makulatur. Auf diese Budgetbereinigungen wird später näher einzugehen sein.

Diese ersten Optionen einzelwirtschaftlichen Vertragswettbewerbs sind nicht gering zu schätzen, solange die Politik sie mit einem gewissen Respekt vor ihrem ordnungspolitischen Wert betrachtet und einsetzt. Ist die wettbewerbliche Steuerung „ordnungspolitisches Programm“, das Schritt für Schritt implementiert wird oder halbherziges Zugeständnis an den Zeitgeist einer dualen Welt und politische Manövierrasse? Die opportunistische Volte bayerischer Landespolitik, dem angefahrenen Omnibusgesetz im Bund eine Art Vertragszwang mit den Hausarztverbänden anzubandeln, während der Bund jeden Anflug von Einzelverträgen mit den Krankenhäusern aus dem ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 eliminiert, lässt jede Orientierung vermissen. Wenn Ordnungspolitik ohnehin etwas für die Opposition ist, während die Regierenden sich durchzuwursteln haben, ist jedwede Opposition zurzeit entschieden zu schwach. Und die beteiligten Akteure der Selbstverwaltung erwarten gerade rundum die Rendite aus langfristig angelegten morbiditätsjustierten Reformläufen auf der Vergütungs- und Finanzierungsseite.⁶ Wer wollte das mit „Ordnungsrufen“ gefährden?

Umbau der Institutionen für mehrere Wege offen

Während das WSG also nicht gerade vor Wettbewerbsoptionen sprüht und ordnungspolitische Konturen verblasen, schafft und verbindet die Politik auf Bundesebene Institutionen nach Art eines virtuellen „Bundesamtes für

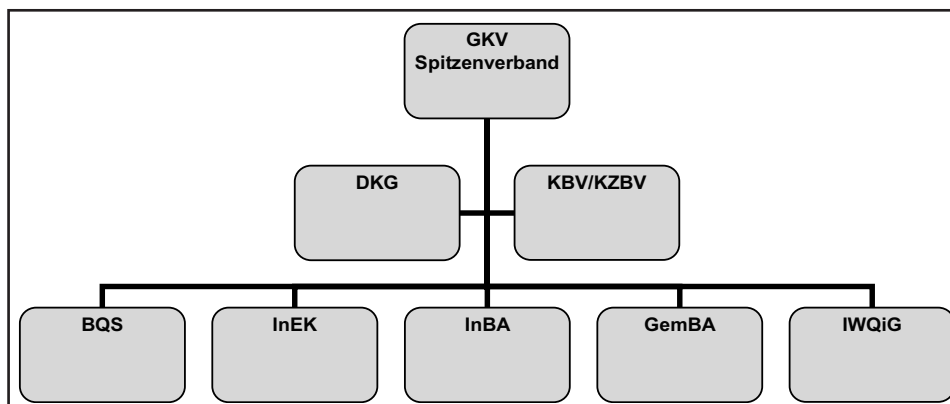
Krankenversicherung“ – „und das ist gut so“. Denn lagen vor wenigen Jahren noch Vergütungs-, Qualitätssicherungs- und Leistungsrechtsfragen in der Hand von Selbstverwaltungsgremien, deren Geschäftsführung machtbegeistert die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausübte, verbindet nun nach dem WSG der neue GKV-Spitzenverband einen Kranz starker, selbständiger Institutionen: den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Institut für Entgelte im Krankenhaus, das Institut des Bewertungsausschusses, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und weitere, vgl. Abbildung 1.

Sicherlich stehen leistungsfähige, unabhängige Institutionen im Vorteil, den ordnungspolitischen Rahmen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu schaffen. Wenn die wirtschaftlichen Akteure auf klarer Grundlage und soweit unabhängig voneinander agieren können, kann Wettbewerb gelingen. Die Aufstellung des neuen GKV Spitzenverbandes für Zentralaufgaben neben den bisherigen Kassenverbänden für Serviceaufgaben wäre somit unter Gesichtspunkten der Arbeitsteilung ein Gewinn.⁷ Nur müssen die ordnungspolitisch relevanten Institutionen auf den Wettbewerb als Regulierungsinstrument und seine Förderung verpflichtet werden und dafür eintreten.⁸ Dazu reicht die gesetzliche Grundlage des WSG (Inoch!) nicht aus. Hier wurden im Kern lediglich die Vorschriften bzw. Aufgaben, die „einheitlich und gemeinsam“ an die alten Spitzenverbände der Krankenkassen adressiert waren, auf den GKV-Spitzenverband gerichtet. Die Öffnungen dieses Regulierungsapparates für Wettbewerb der Krankenkassen sind wie gezeigt sehr überschaubar und fragil.

Greift der GKV-Spitzenverband seine expliziten gesetzlichen Aufgaben ungeachtet seines impliziten, aus den Begründungen hervorgehenden gesetzlichen Auftrages auf, Wettbewerb der Krankenkassen zu ermöglichen, geht der für die Krankenkassen verbleibende vertragspolitische Spielraum bald gegen Null:

- Beispielhaft sei zum einen auf die Arzneimittelfestbeträge verwiesen. Die letzte Anpassung der Festbeträge und damit verbunden der Preislinien für die Empfehlung von Zuzahlungsfreiheit bei den preisgünstigsten Generika hat erstmals zumindest vorübergehend in nennenswertem Umfang zu GKV-induzierter Zuzahlung der Arzneimittelpatienten geführt und gleichzeitig dazu, dass der Spielraum für Rabattverträge der Krankenkassen verringert wurde. Dieser politische Schwenk kommt einem Aufgalopp gegen die Rabattverträge als „Betriebsstörung“ des alten Festbetragsystems gleich. Während die Bundesregierung in ihrem Bericht an den Bundestag zu den

Abbildung 1: Neue Institutionen-Formation GKV BUND



Quelle: Eigene Karikatur

Arzneimittelrabatten⁹ zu einem ersten positiven Fazit kommt, offenbart sich hier eine Kontroverse innerhalb der GKV.

- Um einen ähnlichen Zielkonflikt bei der ambulanten Vergütung zu vermeiden, muss der GKV-Spitzenverband das Bereinigungsverfahren für Selektivverträge spätestens ab dem Jahre 2010 auf das InBA lenken, denn nur hier ist es blockadefrei auf der Grouperebene durchzuführen. Dass dies Dienstaufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist, vertritt im Übrigen auch der Bundesminister für Gesundheit in seinen Stellungnahmen. Dabei ist das technische Problem der „Bereinigung“ nicht ohne politischen Gestaltungswillen zu lösen, weil alle Vergütungssysteme mit mehrseitigem Kontrahierungszwang zu faustischer Verquickung neigen.

Und dieser Gestaltungswille pro „freiheitlichen“ Wettbewerb ist unverzichtbar. Denn, würde der gesetzliche und politische Auftrag, den Kassenwettbewerb als Gestaltungsprinzip auf der Meso- und Mikroebene systematisch mit Freiräumen zu versehen, auf der Steuerungsebene der Bundesinstitutionen an Priorität verlieren und in den Hintergrund rücken, hielte das WSG für die Krankenversicherung ordnungspolitisch auch Perspektiven bereit, wie sie die Pflegeversicherung kennt:

- der Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt und über den Gesundheitsfonds unter Beigabe gerade passender Steuermittel reguliert,
- das Leistungsrecht wird über den Bundesausschuss festgelegt, während das Satzungsrecht der Krankenkassen unter dem ökonomischen Druck an Relevanz verliert,
- die Vergütungen der Ärzte werden über die Bundesebene mit Hilfe des InBA definiert und werden durch die Landesverbände der Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ nachjustiert,
- und die Entgelte der Krankenhäuser werden auf der Bundesebene über das InEK definiert und von den Krankenkassen durch „einheitliche und gemeinsame“ Verträge festgelegt.
- Auch der gemeinsame Beitragseinzug war ja bereits politisch diskutiert worden.

Viel Phantasie ist auf dem schmalen Grad zur Pflegeversicherung nicht erforderlich. In der einen Fassung sind die Krankenkassen Restverwaltungen ohne Gestaltungsauftrag und -kraft – in der anderen Fassung sind sie dynamische Player¹⁰ im Gesundheitswesen.

Durchbruch für die wettbewerbliche Steuerung

Es kommt mithin ganz entscheidend darauf an, in welche Richtung die Möglichkeiten des WSG nachhaltig ausgelotet und genutzt werden. In diesem Sinne war der Hausarztvertrag Baden-Württemberg der Durchbruch nach dem WSG, weil er:

1. mit einem Einzelvertrag jenseits der Kassenärztlichen Vereinigung in der Fläche Verantwortung für die Versorgung übernimmt, statt nur symbolhaft mit Wettbewerbselementen zu agieren.
2. von seiner Anlage her in besonderer Weise Behandlungsbedarf bzw. Morbidität in den Vertrag aufnimmt und aus der Gesamtvergütung bereinigt, statt ein paar Zusatz- und Managementleistungen draufzufinanzieren.
3. mit einem Managementkonzept antritt, das über Arzneimittellisten, Rabattverträge, Krankenhausempfehlungen und ein Intranet der Ärzte erstmals im Realbetrieb der ambulanten ärztlichen Versorgung Steuerungsfähigkeit zeigt.

Während die KVen bisher in der Regel Hausarztverträge anboten, die der gesetzlichen Form ihre Referenz erwiesen, ohne groß beachtet zu werden, hatte der Hausarztverband insbesondere mit der BARMER einen einschreibestarken Flächenvertrag vorzuweisen, für den aber leider Inhalt und Management nicht nachgereicht wurden. Davon kann nach dem Vertrag in Baden-Württemberg keine Rede mehr sein. Die Intranet-Vernetzung der Praxen ist offen für eine kontinuierliche Entwicklung von Management und Controlling. Die berichteten Vergütungen beinhalten auch Anreize, die Patienten nur wiederzubestellen, wenn dies medizinisch geboten ist, und relativieren sich angesichts der Bestandteile für besonderen Behandlungsbedarf. Soweit die Ärzte weiterhin Vertragsärzte sind, verlässt der Vertrag den Regelungskontext des SGB V nicht. Befürchtungen, man könne das regulierte KV-Monopol durch ein unreguliertes Ärzte-Monopol überwunden haben, haben dann kein Gewicht.

Allokationsfunktion des Kassenwettbewerbs

Unter den neuen Bedingungen des WSG mit gesetzlich festgelegtem Beitragssatz werden die Krankenkassen Antworten präsentieren, warum sich der individuelle Versicherte gerade für ihre Krankenkasse entscheiden soll. Neben der Fähigkeit zum Kostenmanagement und zur Vermeidung von Zusatzprämien müssen die Krankenkassen mithin die Fähigkeit zur Produktgestaltung und zur Differenzierung des Leistungsangebotes haben. Ob das stets in „Wahlтарifen“ zu erfolgen hat, steht an dieser Stelle nicht zur Debatte. Problematisch ist aber, wenn die einen noch auf der Anreizspur des alten RSA den „Gesunden“ oder bei DMP den „gesunden Kranken“ hinterher laufen, während sich die anderen schon am neuen Morbi-RSA in Risikoselektion üben. Allein deshalb müsste das BVA die Risiko-Klassifikation jährlich ändern. Da Krankenkassen keine Prämien nach Risiko kennen und mit den Anbietern Sachleistungen kontrahieren, sind sie Versorgungsunternehmen. Statt Risiko- oder Transfervorteilen nachzulaufen, sollten sie ihr Unternehmen den Versicherten gegenüber am Markt positionieren.

Abbildung 2: Beispielhafte Stufe 1 eines (Kern-)Leistungsprofils über alle Kundengruppen

	Kundensegment	Beispielhaftes Profil an Indikationen
1	GKV-Erstmitglieder	Allergie – Neurodermitis – Asthma - ...
2	Familien mit Kindern < 16 J.	Psychisch bedingte Erkrankungen – ADHS ...
3	Berufstätige Singles / kinderlose Paare < 40 J.	Psychiatrische Erkrankungen – Depression – Schizophrenie - ...
4	Jüngere chronisch Kranke von 20 bis 50 J.	Rückenschmerzen, Schmerzen ...
5	Berufstätige von 40 bis 60 J.	frühe Krebserkrankungen – Herzinsuffizienz – Beschwerden der Wechseljahre – Migräne ...
6	Junge Rentner bis 75 J.	Krebserkrankungen des höheren Lebensalters – Diabetes ...
7	Ältere Rentner > 75 J.	Chronische Wunden ...

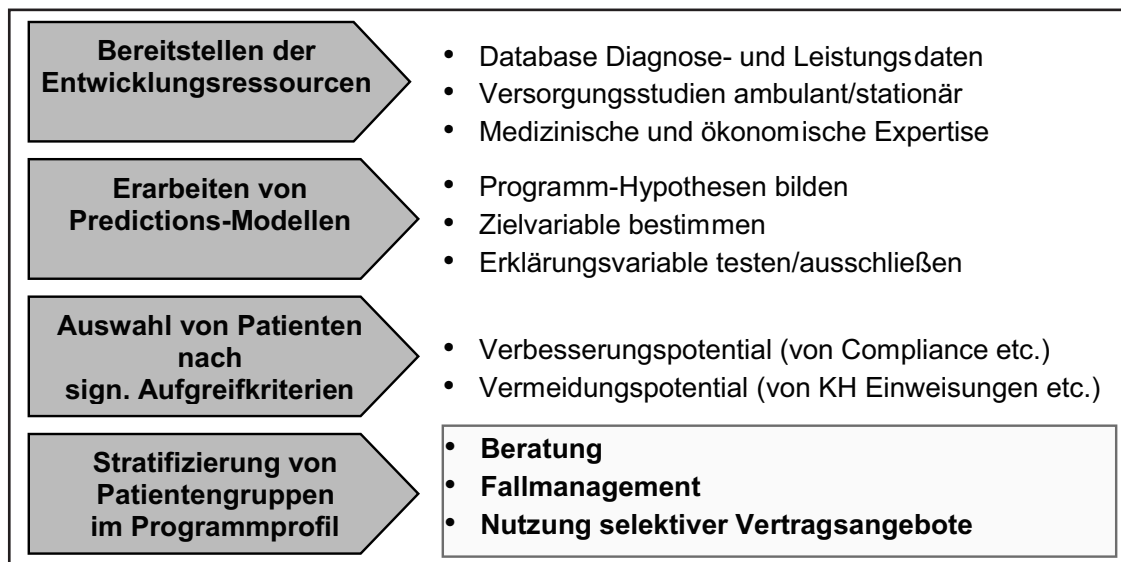
Quelle: IGES, unveröffentlichtes Manuskript

Den einen ist denn auch „Marktattraktivität“ das Zauberwort, um Versicherte zu gewinnen, die anderen sprechen von der „Schließung eines Abwanderungskorridors“.¹¹ Gleichwohl aber werden sie sich ihren Kundengruppen als starker Partner im Kern der Versorgung präsentieren wollen, statt bloß „Nebennutzen“ zu kultivieren und Klimbim zu verkaufen. Von daher werden die Krankenkassen zur Kundenbindung ein Versorgungs- bzw. Leistungsprofil aufbauen, um in diesem Profil unverwechselbarer Kompetenzführer auf dem GKV-Markt zu sein / zu werden. Das Profil wird aus Sicht der Versicherten durch die Stärken geprägt. Zur Ermittlung dieses Profils bieten sich regelmäßige qualitative und quantitative Versichertenbefragungen an, bei welchen gesundheitlichen Anliegen die jeweiligen Versichertengruppen das besondere Engagement ihrer Krankenkasse erwarten. Dabei werden sie regelmäßig keine Anliegen priorisieren,

die der Gesundheitsmarkt ohnehin gut erfüllt, sondern eine bessere Beratung und Vermittlung bei Unter- und Fehlversorgung erwarten (vgl. folgende Übersicht).

Krankenkassen mit hoher Servicebewertung haben seit Jahren eine durchgehende Versichertenorientierung ihrer Geschäftsprozesse erarbeitet. Sie sind heute in der Lage, mit Methoden des „Predictive Modelling“ Aufgreifkriterien zu bilden, welche Versicherten in welchen Diagnosgruppen und mit welchen Leistungsbesonderheiten sie für welche Kundenstrategien gewinnen konnte. Eine solche Strategie greift sicherlich primär bei altersbedingten Erkrankungen in chronischen Verläufen, bietet jedoch über das hohe Ansehen der Krankenkasse bei den Versicherten auch positive externe Effekte für die Attraktivität selektiver Verträge etwa bei elektiven Leistungen. Folgende Grundüberlegungen spielen aus dieser Sicht eine Rolle:

Abbildung 3: Entwicklung eines Programmprofils mit Selektiven Verträgen



Quelle: Eigene Darstellung

- Für einen neuen Marktauftritt ist dort aktiv in Kompetenzen zu investieren, wo der zusätzliche Nutzen aus Sicht der Versicherten am größten ist. Dazu bedarf es der Marktforschung.
- Bei einem Versorgungsprofil über alle Versichertengruppen entsteht ein stratifiziertes Programm von Information, Beratung, Fallmanagement und Vertragsangeboten an den Versicherten.
- Welche Versicherten für welches Programmelement besonders in Frage kommen, ist gerade auch prognostisch anhand von Predictive Modelling zu ermitteln.
- Selektive Vertragsangebote können und sollen dann tatsächlich auch selektiv besonders angeboten und beworben werden.
- Erfolgt die Profilierung der Krankenkasse nachhaltig über Kompetenz, findet sie bei ihren Versorgungspartnern und schließlich beim Versicherten besonderes Vertrauen.
- Sicherheit der Kunden im Hinblick auf die „Glaubwürdigkeit eines Marktversprechens“ ist das Grundkapital des Unternehmens Krankenkasse. In dieses Grundkapital ist zu investieren.
- Das Ergebnis ist die Fähigkeit zu „selektiven Verträgen“. Sie wird selektiv gerade dort entstehen können, wo die Krankenkasse mit entsprechenden Anbietern zu guten Versorgungslösungen in der Lage ist. Sie wird gerade dort eingesetzt werden, wo die Krankenkasse auch das Fallmanagement aufgebaut hat, um Versicherten mit spezifischen Vertragspartnern situationsgerecht konkrete Versorgungsangebote zu machen.

Ohne Wenn und Aber hat der Versicherte die Wahl seines Anbieters. Es sollte aber nicht weiter der Regelfall sein, dass Krankenkassen, die bei Anbietern überzeugende Versorgungslösungen, Qualitätssicherung und Preise vereinbaren, damit vertraglich ein Ticket ausstellen, mit dem der Anbieter sich dann doch wieder nicht zuletzt unter Rentabilitäts Gesichtspunkten die Nachfrage suchen kann bzw. muss, weil die Lotsenfunktion der Krankenkasse hinter den Erwartungen der Versicherten zurückbleibt. Die Lotsenfunktion der Krankenkasse im Gesundheitswesen muss der Versicherte etwa in Wahlтарifen auch nutzen können, um situationsgerechte Angebote zu finden.

Dieses einzelwirtschaftliche Programm wird gesamtwirtschaftlich als allokative Leistung reflektiert. Denn während die oben angesprochenen Vergütungsstrukturen der Bundesebene (DRG, RLV) im günstigsten Falle „nur“ betriebswirtschaftlich stimmige Relationen abbilden, die von den Vertragspartnern auf Landesebene „einheitlich und gemeinsam“ vom Niveau her angepasst werden, üben die Krankenkassen mit wettbewerblichen Verträgen konkrete Nachfrage gemäß der Anliegen ihrer Versicherten aus. In dieser Sicht sind Arzthonorare, Krankenhausentgelte und Arzneimittelpreise administrierte Preise, die erst durch Vertragsverhandlungen und Rabattvereinbarungen der Krankenkassen eine Steuerungswirkung aus Sicht der nachfragenden Versicherten gewinnen. Ohne diese

selektiven Verträge definierten die Anbieter ihr Angebot aufgrund der Informationsasymmetrie und Anbieterdominanz/-induzierung mehr oder weniger autonom.¹² Dies verweist auf die Wohlfahrtsleistung des Wettbewerbs und verlangt dann auch einen gewissen ordnungspolitischen Respekt (um es altertümlich auszudrücken).¹³

Dabei ist es für die allokative Steuerungsfunktion selektiver Kassenverträge sicherlich auch „Marktrelevanz“ aus Sicht der Anbieter notwendig. Marktrelevant für Anbieter sind aber schon Veränderungen „der letzten Nachfrageprozente“. Es kommt mithin nicht allein auf die schiere Größe des Nachfragevolumens¹⁴ an, sondern auf die Fähigkeit, die Nachfrage mit einer notwendigen Reaktionszeit tatsächlich zu verlagern bzw. ändern. Möglicherweise sind („höher“) -selektive Verträge, die Patienten mit intensiver Inanspruchnahme auf der Grundlage von Modellen des „Predictive Modelling“ adressieren, und bei denen Krankenkassen bevorzugte Anbieter gerade auch wechseln können!, für die Krankenkassen interessanter als Volumenverträge mit neuen Hoflieferanten und rigiden Abhängigkeiten.

Für selektive Verträge, die die Fähigkeit der Krankenkasse voraussetzen, Nachfrage tatsächlich zu verlagern, werden gelegentlich einfache ökonomische Incentives diskutiert, wie höhere Zuzahlungen bei Nichtvertragsanbietern. Nachhaltiger und langfristig überlegen sind sicherlich oben skizzierte Strategien, die ggf. in Verbindung mit Wahlтарifen ein Vertrauensverhältnis zwischen Krankenkasse und Patient begründen. Nicht nur, aber insbesondere hier entsteht positive Erfahrung bzw. Kundenbindung der Versicherten. Sie wird indirekt vermittelt durch das Ansehen der Krankenkasse bei Leistungserbringern und Öffentlichkeit (Warentestern) und direkt bei spezifischer Beratung, wie sie heute schon in DMP-Programmen besteht, und durch das besondere Fallmanagement der Krankenkasse.

Selektive Verträge, die nicht gezielt genutzt werden können oder keinen relevanten Kostenvorteil bzw. Versicherungsnutzen erbringen, bieten eine kurzfristige Profilierung und danach oft nur höhere Transaktionskosten. Nach der ersten Phase der Integrierten Versorgung stehen viele Krankenkassen vor einem bunten Scherbenhaufen heterogener Verträge, die sich nur aus sich selbst rechtfertigen lassen. Die unternehmensstrategische Einbettung der neuen Möglichkeiten scheint von daher geraten. Allerdings bedarf es nach wie vor auch der Budgetbereinigung, um neue zielgerichtete Angebote nicht „on top“ finanzieren zu müssen.

Budgetbereinigung ambulant

Seit der Einführung der Integrierten Versorgung auf gesetzlicher Grundlage hat es keine vertragliche Bereinigung der ambulanten Gesamtvergütung gegeben. Zwar war mit dem Rahmenvertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140e SGB V im Bundesschiedsamt ein Bereinigungsverfahren nach der sogenannten „historischen Methode“ vereinbart worden: Angewandt werden konnte es nie, weil die

KVen seine Konkretisierung in der Praxis schlicht verweigerten. Die Krankenkassen hätten zwar das Schiedsamt anrufen können. Da dieses sich aber auf keine vorlaufenden Verhandlungen hätte beziehen und auf dieser Grundlage eine Entscheidung hätte treffen können, blieb dieser Weg Illusion. Ersetzen kann das Schiedsamt Verhandlungen schließlich nicht.

Dies war für den Gesetzgeber des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) 2003 Anlass, in § 140d SGB V befristet eine pauschale Budgetbereinigung in Höhe von insgesamt 1 Prozent der Gesamtvergütung und der Krankenhausbudgets vorzugeben. Auf dieser Grundlage sind inzwischen rund 3.500 Verträge mit einem Finanzvolumen von rund 700 Mio. Euro und rund 6,7 Mio. beteiligten Versicherten entstanden. Allerdings läuft die (Re-) Finanzierungsregelung dafür nach heutigem Stand zum Ende des Jahres 2008 aus. Mit Einführung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ab dem Jahre 2009 geht der Gesetzgeber offenbar davon aus, dass angesichts der Vereinbarungssystematik der Gesamtvergütungen nach arztgruppendifferenzierten Punktzahlen je Versicherten einer Diagnosegruppe Bereinigungen der Gesamtvergütung nurmehr ein handwerkliches Problem seien.

Während etwa die Konstrukteure der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schon wieder die Machtfrage stellten, da sich die Beseitigung „... der vielfach kritisierten sektoralen Verkrustung des deutschen Gesundheitswesens“ mittels populationsbezogener Verträge auf Verträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung „... auf die Ebene der Gesamtvergütung“ verlagere, weil sie dort „... am einfachsten zu handhaben ist“¹⁵, geht die Politik davon aus, die Vielfalt der Vertragspartner werde nicht wirtschaftlich behindert. Damit dies das Ergebnis sein kann, sind allerdings folgende Gesichtspunkte zu erfüllen:

1. Die unternehmerisch agierende Krankenkasse muss vor einem Vertragsschluss über Kalkulationsgrundlagen verfügen, wie weit durch Budgetbereinigung Doppelfinanzierungen an die KV vermieden werden. Es kann keine Grundlage sein, erst angesichts eines unterschriebenen Selektivvertrags mit der KV zu verhandeln und/oder vor ein Schiedsamt zu ziehen, welcher Anteil angesichts der Vertragsgegenstände aus der Gesamtvergütung zu bereinigen ist.
2. Ebenso müssen Volumen und Struktur des Selektivvertrages bereits bei der Festlegung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung berücksichtigt, d.h. bereinigt werden, da für die Gesamtvergütung im Groupperverfahren ansonsten verzerrte Relativgewichte zugrunde gelegt würden.
3. Auch den gesetzlichen Grundlagen nach bleiben Selektivverträge im Groupperverfahren außen vor. Dann muss allerdings auch vereinbart werden, dass das InBA von den Krankenkassen strukturiert gemeldete Selektivverträge bewertet und bei der Festlegung der Gesamtvergütung entsprechend verfährt. Für die strukturierte Meldung des selektiven Vertrages sollten die Vertrags-

partner eine standardisierte, vereinbarte Matrix nach diagnosebewerteten Versichertendaten und Arztgruppen verwenden.

Verfahrenssicherheit in diesem Sinne ist unverzichtbar, sollen sich kollektive Verträge und selektive Verträge ergänzen können. Und es ist konstitutiv, dies apriori zu regeln und nicht im verfahrenstechnischen Dickicht regionaler Vereinbarungen stranden zu lassen.

Da Groupperverfahren den gesetzlichen Vorschriften nach erst 2010 angewandt werden, bietet sich die Bereinigung nach einem solchen, im Bewertungsausschuss der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten vereinbarten Verfahren ab 2010 an. Für das Übergangsjahr 2009 sollten die Krankenkassen den Versichertenbezogenen historischen Leistungsbedarf für die zu bereinigenden Selektivvertraglichen Versorgungsaufträge vor der Ermittlung der Morbi-Gesamtvergütung bereinigen können. Hilfsweise muss das pauschale Verfahren des § 140d SGB V fortgeführt werden. Dazu bedarf es entsprechender Regelungen bei den anstehenden Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für die ambulante ärztliche Versorgung im Zuge der Einführung des neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems bzw. per Ersatzvornahme des BMG bei Nichteinigung und notfalls im anstehenden parlamentarischen Verfahren zum OrgWG. Eine rahmenvertragliche Vorgabe für die Bereinigung ist auch nach dem Solidaritätsstärkungsgesetz 1999 erarbeitet, verhandelt, durch das Bundesschiedsamt verabschiedet und schließlich in der Praxis bis zur späteren „Anschubfinanzierung“ blockiert worden.

Budgetbereinigung stationär

Auch die pauschale 1-prozentige Budgetbereinigung stationär sollte zumindest für das Jahr 2009 fortgeführt werden, bis Klarheit über den weiteren ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung besteht. Die bisherigen Überlegungen der Berliner Politik zum Abschluss von Einzelverträgen mit Krankenhäusern sahen vor, dass

1. einzelnen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen durch Modellversuche bis 2012 die Möglichkeit eröffnet wird, Einzelverträge über „geeignete planbare Leistungen“ zu schließen. Den Katalog sollen die DRG-Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vorgeben.
2. Die Vereinbarungspartner können Preis-Mengen-Vereinbarungen treffen, die keinen Einfluss auf den Landesbasisfallwert haben sollen.
3. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.¹⁶

In diesem Kontext wäre weiterführend zu regeln gewesen, dass die Budgetleistungen der neuen Einzelverträge aus dem Krankenhausbudget zu bereinigen sind, vereinbarte Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden und Versicherte zur Teilnahme incentiviert werden können. Tatsächlich aber waren im ersten „inoffizi-

ellen“ Gesetzentwurf des BMG zum Ordnungsrahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 selbst Spurenelemente des Konzepts entfernt.

Dabei wird zugunsten der Ruhe an der Länderfront zumindest übersehen, dass das DRG-System in den Krankenhäusern zu erheblichen Produktivitätsfortschritten geführt hat, auf die Anpassungsreaktionen bei weitem noch nicht erfolgt sind. Zwar hat es ersten Kapazitätsabbau gegeben, aber die sinkende Auslastung der Häuser und betriebswirtschaftlich korrigierte Personalkennziffern zeigen das Ausmaß der Reservekapazitäten nur unzureichend an. Darauf reagiert die Politik planwirtschaftlich:

- Der gehemmte Anpassungsprozess der Häuser auf die Marktänderungen des DRG-Systems wird als Unterfinanzierung etikettiert und einseitig mit Finanzzuweisungen beantwortet.
- Der von den Häusern betriebswirtschaftlich vollzogene Personalabbau wird als Unterpersonalisierung etikettiert und mit Personalzuweisungen beantwortet.
- Die mit dem Produktivitätsfortschritt angestauten Reservekapazitäten werden ignoriert und den Krankenhäusern zum Auffüllen freigegeben.
- Der sich zwangsläufig als Ergebnis einstellende Fallzahl- und Ausgabenanstieg wird als einer alternden Gesellschaft bedarfsadäquat etikettiert werden, wobei die Krankenhäuser unbeachtlich jeder Krankenhausplanung gerade in den Bereichen wachsen werden, die ihnen die besten Deckungsbeiträge verheißen.

Das hat mit der ordnungspolitischen Justierung eines inzwischen im Wesentlichen vom Preis her gesteuerten Systems wenig zu tun, sondern kennzeichnet eine Politik nach tagesgleichen Opportunitäten. Dem vom Anspruch her über die „Integrierte Versorgung“ entgegenzuwirken wäre ein absurdes Ziel. Die Integrierte Versorgung werden die Krankenkassen gleichwohl weiter verfolgen.

Fazit

Das WSG beinhaltet die Möglichkeit einer Wettbewerbslandschaft ebenso wie deren Gegenteil. Es liegt zum einen am Unternehmerteil im Gesundheitswesen, die vorhandenen Optionen auszuschöpfen, und zum anderen an der gezielten Weiterentwicklung und Pflege des Wettbewerbs durch den Gesetzgeber, welche Wege sich tatsächlich eröffnen. Der Hausarztvertrag in Baden-Württemberg zeigt, dass die Partner im Gesundheitswesen risikobereit sind und Hürden überwinden (können, wenn eine Mehrheit in der KV dafür besteht). Diese Bereitschaft sollte die Politik nicht enttäuschen und selektive Verträge ermöglichen bzw. bei den Institutionen auf Bundesebene ihre Ermöglichung durchsetzen. Bei den ordnungspolitischen

Vorgaben für den Krankenhausbereich werden Chancen des WSG offenbar gerade verschüttet. Es liegt mithin nicht nur an den Wettbewerbern, durch rationale Unternehmensplanung ein nachhaltiges „Leistungsprofil“ mit einem gut stratifizierten Programmangebot zu verbinden. Die strategische, empirische und handwerkliche Justierung dieses Ansatzes ist eine besondere Herausforderung.

Fußnoten:

- 1 Vgl. Wigge/Harney, Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG, in: MedR (2008) 26: 139 – 149.
- 2 Vgl. SVR-KaIG, Jahresgutachten 2007, Ziffer 380, BT-Drucksache 16/6339.
- 3 Landauf landab sind daraufhin vor dem Inkrafttreten zum April 2007 Hausarztverträge „light“ ohne Ausschreibung mit den KVen abgeschlossen worden, was den Willensbekundungen zu Wettbewerb Hohn spricht.
- 4 Über den Stand berichtet Ulrich Dietz in dieser Ausgabe.
- 5 Über den Stand berichten Massing/Kötter in dieser Ausgabe.
- 6 Mit dem ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhäuser, der neuen vertragsärztlichen Vergütung und dem Morbi-RSA sind so gut wie alle Akteure zurzeit mit Vor- und Nachteilen verbunden. Sie gewinnen oder verlieren im RSA, gewinnen oder verlieren bei der Ärztevergütung und gewinnen oder verlieren bei der Krankenhauspolitik.
- 7 Vgl. in diesem Sinne Schönbach, K. H.: Öffentlich rechtliches Vertragsrecht und Wettbewerb in der GKV, Vortrag bei der Hans-Böckler Stiftung im April 2001, veröffentlicht in: Arbeit- und Sozialpolitik, Heft 5-6 2001, S. 4 ff..
- 8 Vgl. dazu auch Cassel, D., Jacobs, K.: Wo Rauch ist, ist auch Feuer, zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform, in: GGW, Jg. 8, Heft 3 (Juli), S. 7 – 15.
- 9 Unterrichtung durch die Bundesregierung an den Deutschen Bundestag: Bericht über die Auswirkungen von Rabattvereinbarungen für Arzneimittel, insbesondere auf die Festbetragsregelung, Drucksache 16/9284 vom 27.05.2008.
- 10 Ob und inwieweit sie als dynamische „Unternehmen“ angesprochen werden wollen oder können, diskutiert der Beitrag von Karl-Heinz Mühlhausen in dieser Ausgabe.
- 11 Vgl. Scheffhold, K.: Kundenbindung bei Krankenkassen, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Berlin 2008, insbesondere S. 168 ff.
- 12 Die Leistungsentscheidungen des Bundesausschusses konzentrieren sich bisher weithin auf den Arzneimittelbereich, wobei die Protagonisten die Bedeutung der Aufgabe oft höher einschätzen als ihre Wirksamkeit, während sich sonst Randthemen wie die Balneophototherapie oder Hyperthermie über die Beratungsjahre ziehen und für den stationären Bereich auch bei wichtigen Zukunftsthemen wie der Protonentherapie die Schrittentscheidungen hinter der Markteinführung herhinken. Dies macht die Mühe nicht weniger verdienstvoll, und auf die Doppelzüngigkeit der Politik, die öffentlich Sparsamkeit predigt und hinter den Kulissen konkrete Schritte dazu mit Aufsichtsmaßnahmen bekämpft, soll nicht einmal in Fußnoten die Rede sein, dies zeigt aber: entscheidend ist der Markt – und da müssen die Krankenkassen agieren können.
- 13 Wie weit das Land da alle Maßstäbe verloren hat zeigt der Beschluss des BAH, angesichts der Arzneimittelausschreibung der AOK im August 2008 „staatliche Preisfestsetzung“ zu fordern.
- 14 Gelegentlich wird von Anbietern im Gesundheitswesen unter Intransparenz die Grenznachfrage noch zu Konditionen „mitgenommen“, die bei einem Volumenvertrag nicht eingeräumt worden wäre. Bei systematischen Ausschreibungen treten solche Phänomene in den Hintergrund bzw. kehren sich um.
- 15 Vgl.: Stillfried, Dominik Graf von: Absatzbewegungen der Betriebskrankenkassen von der morbiditätsbezogenen Vergütung, in: Die BKK, Sonderausgabe „Die Zukunft der vertragsärztlichen Vergütung“, 06/2006, S. 11 ff.
- 16 Vgl.: Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen des Krankenhausfinanzierung ab dem Jahre 2009 vom 27. Juni 2008, S. 3.