

# Kassenwettbewerb und neue Versorgungsformen

## Anmerkungen zum Sondergutachten 2012 des Gesundheits-Sachverständigenrats

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist, vormals war er Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg

**Das Sondergutachten des Gesundheits-Sachverständigenrates (SVR-G) – siehe Beitrag von Sarah Dauven und Birgit Cobbers – spricht sich für mehr Wettbewerb über Selektivverträge aus. Er stellt aber fest, dass der Vertragswettbewerb für die Kassen unattraktiv ist, weil sich Kassenwechsler kaum dafür interessieren. Der nachfolgende Beitrag setzt sich mit diesem Widerspruch auseinander und beschäftigt sich mit einer vom SVR-G ausgeklammerten Frage: Wie soll der ordnungspolitische Rahmen eines ausgebauten Vertragswettbewerbs aussehen.**

*»Competition and markets should be means to an end, but not ends in themselves. If they are treated as ends, the objectives of efficiency, equity and cost containment will NOT be achieved.«*

Robert Evans, Alan Maynard,  
Uwe Reinhardt, Alexander Preker (1994)

### Einleitung

Seit etwa 30 Jahren wird die gesundheitspolitische Diskussion von der Kontroverse über Sinn und Zweck des Wettbewerbs im Gesundheitswesen geprägt. In dieser Debatte wird oft über den Wettbewerb weniger als differenziert einzusetzendes Steuerungsinstrument gestritten, sondern eher als ordnungspolitischer Grundsatz, der wahlweise postuliert oder kritisiert wird. Das aber ist – siehe einleitendes Zitat von vier Granden der Gesundheitsökonomie – eine unfruchtbare Diskussions-ebene. Das Sondergutachten 2012 des Gesundheits-Sachverständigenrates über »Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung« (SVR-G 2012)<sup>1</sup> könnte

zur Säkularisierung dieses Glaubensstreites beitragen, kommt aber zu widersprüchlichen Ergebnissen, die von ihm nicht weiter problematisiert werden. Der SVR-G muss zum einen feststellen, dass die Höhe der Beiträge nach wie vor der entscheidende Wettbewerbsparameter ist und bei der Kassenwahl Aspekte der Versorgungsstrukturen und -qualität viel zu kurz kommen. Dem steht die auch von ihm vertretene Position gegenüber, dass der Kassenwettbewerb der Motor für eine effektive, patientenorientierte medizinische Versorgung sein muss.

Das passt irgendwie nicht zusammen, denn wenn die Beiträge eine so entscheidende Bedeutung für die Unternehmenspolitik von Krankenkassen haben, wäre die Verbesserung der Versorgungsqualität nur dann ein relevanter Wettbewerbsfaktor, wenn sie zugleich möglichst bald zu sinkenden Kassenausgaben bzw. Beiträgen führen würde. Das aber ist nicht notwendigerweise der Fall, weil Qualitätsverbesserungen im

<sup>1</sup> Die Textverweise beziehen sich auf die Ziffern des Gutachtens, nicht auf die Seiten.

Gesundheitswesen ihre wirtschaftliche Ernte meist nur langfristig einfahren können. Kurzfristig kosten Investitionen in die Versorgungsstrukturen eher Geld, was sich – je nach Umfang – in erhöhten (Zusatz-) Beiträgen niederschlagen könnte. Der Rat beschreibt dieses Dilemma des Kassenwettbewerbs in zwei voneinander getrennten Kapiteln (7 und 8), ohne daraus praktische Schlüsse zu ziehen. Er hinterlässt damit eine gewisse Ratlosigkeit, denn wenn Aspekte der Versorgungsqualität im Kassenwettbewerb faktisch keine Rolle spielen, weshalb sollte man dann dieses ordnungspolitische Instrument ausbauen und fördern? Andererseits ist nicht zu leugnen, dass unter den gegebenen Bedingungen nur erweiterte Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen Bewegung in das verkrustete Kollektivvertragssystem bringen können, was automatisch mehr Wettbewerb bedeutet. Wie kann mit diesem Widerspruch umgegangen werden? Welche Akzente müssen in einer Reform des Vertragsrechtes gesetzt werden, damit der Wettbewerb in den Dienst einer Modernisierung der Versorgungsstrukturen gestellt werden kann? Dieser Frage gehe ich in diesem Beitrag nach, ohne dabei den Anspruch zu erheben, die endgültige Antwort gefunden zu haben.

## Wettbewerb im GKV-System – allgemeiner Rahmen

Der Grundsatzstreit, ob es eine wettbewerbliche GKV geben soll, hat sich politisch und historisch längst erledigt. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 führte ab 1996 die freie Kassenwahl ein, flankiert von einem bundes-

**Der Grundsatzstreit, ob es eine wettbewerbliche GKV geben soll, hat sich politisch und historisch längst erledigt.**

weiten Risikostrukturausgleich (RSA) unter den Kassen. Diese Reform verfolgte in erster Linie das Ziel der Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in der GKV in der freien Kassenwahl (Reiners 2006). Das bis dahin geltende Prinzip von Pflichtkassen für Arbeiter und Wahlkassen für Angestellte hatte

zu schwerwiegenden Verwerfungen im GKV-System geführt. Die damit verbundene Diskriminierung von großen Teilen der Arbeitnehmer war zudem ein klarer Verstoß gegen das Verfassungsgebot der Chancengleichheit. Die einzige Alternative zur freien Kassenwahl wäre die Einführung einer Einheitsversicherung gewesen, die aber von keiner relevanten politischen Kraft auch nur ansatzweise ins Auge gefasst wurde und wird. Damit fiel zugleich automatisch die Entscheidung für den Kassenwettbewerb, auch wenn zunächst überhaupt nicht klar war, mit welchen Parametern dieser geführt werden sollte. Dafür gab es auch keine internationalen Vorbilder, nur eine vergleichbare politische Orientierung für Reformen in den Niederlanden und der Schweiz. Wie dem auch sei, in Deutschland ist keine politisch tragfähige Alternative zum wettbewerblichen GKV-System in Sicht. Außerdem würde es auch in einem Einheitskassensystem einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Teilhabe an den vorhandenen Ressourcen geben. Es geht also nicht um die grundsätzliche Frage pro oder contra Wettbewerb, sondern um Frage, auf welchen Ebenen es ihn gibt bzw. geben sollte sowie um die Gestaltung seines ordnungspolitischen Rahmens. Mittlerweile gibt es auch keinen politisch relevanten Dissens mehr über die früher so umstrittene Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs (RSA) unter den Kassen, weil ohne ein solches Instrument ein unsinniger Wettbewerb über Risikoselektion entstehen würde.<sup>2</sup>

Das betont auch der SVR-G gleich zu Beginn seines Gutachtens (Ziffer 17). Die Ressourcen seien nun einmal knapp, und alle Akteure im Gesundheitswesen seien bestrebt, möglichst viel von dem zu verteilenden Kuchen abzubekommen. Das bedeute zwangsläufig Wettbewerb, der sich im deutschen Gesundheitswesen auf vier Feldern bewege, für die jeweils ein spezifischer ordnungspolitischer

Rahmen gesetzt werden müsse (Ziffern 28 f.): Privater Gesundheitsmarkt, Kassenwahl, kollektivvertragliches System mit Wettbewerb unter den Leistungserbringern sowie Selektivverträge. Damit wird implizit festgestellt, dass Wettbewerb keine Schablone ist, die man in allen Segmenten des Wirtschaftslebens

gleichermaßen anwenden kann. Eigentlich ist das eine Selbstverständlichkeit, die man aber vor dem Hintergrund eines verbreiteten Glaubens an den Wettbewerb als einem ubiquitären Patentrezept immer wieder betonen muss.

Bleibt die stets strittige Frage, mit welchen Parametern der Kassenwettbewerb geführt werden soll. Aus guten Gründen müssen alle Krankenkassen den im § 11 SGB V festgelegten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisierten Leistungskatalog erfüllen, der alle medizinisch notwendigen Leistungen umfasst, wobei gemäß § 12 SGB V ein Wirtschaftlichkeitsgebot gilt (»ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend«). Wahltarife wie in der PKV mit abgestuften Selbstbehalten oder Leistungsausgrenzungen würden zu sozialen Diskriminierungen führen und den zum Standard moderner Zivilgesellschaften gehörenden Grundsatz des universellen Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung gefährden. Wenn der SVR-G diesen Sachverhalt in »wettbewerblicher Hinsicht« als »zentralen Mangel« bewertet (Ziffer 31), fällt er damit auf die Sichtweise einer »aprioristischen Ordnungspolitik« (Gäfigen 1984) zurück, die sich in der Bewertung von gesetzlichen Bestimmungen nicht an Kriterien wie Wirtschaftlichkeit, Versorgungsqualität und Chancengleichheit orientiert, sondern an der Kompatibilität mit der Wettbewerbsscholastik. Glaubt der Rat allen Ernstes, dass ein Wettbewerb über den Leistungskatalog der GKV zu irgendeiner Verbesserung der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen führt? Doch wohl kaum.

Der SVR-G zählt die vom Gesetzgeber definierten kassenspezifischen Gestaltungsmöglichkeiten im GKV-Wettbewerb auf (Ziffern 69 ff.):

- Zusatzbeitrag bei Haushaltsdefiziten bzw. Zahlung von Prämie bei Überschüssen.
- Selektivverträge für besondere Versorgungsformen (hausarztzentrierte Versorgung, DMP usw).
- Vertragliche Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern über Qualitätsstandards.

<sup>2</sup> Das gilt auch für private Krankenversicherungssysteme (vgl. Lorenz 2004)

- Einzelverträge über Preise bzw. Rabatte in einigen Leistungsbereichen (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel).
- Begrenzte Satzungs- und Ermessensleistungen (z. B. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung).
- Begrenzte Wahltarife (insb. Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen).
- Vermittlung privater Zusatzversicherungen.
- Allgemeiner Service.

## Wechselbereitschaft der Versicherten

Diese Wettbewerbsparameter stehen nicht quasi gleichwertig nebeneinander, vielmehr hat die Beitragshöhe eindeutig den höchsten Stellenwert. Das hat, so der SVR-G, einen nachvollziehba-

### **Glaubt der SVR-G wirklich, dass Wettbewerb über den GKV-Leistungskatalog die Ressourcen besser verteilen wird?**

ren Grund. Die Beitragshöhe sei eine für die Versicherten einfache Orientierungsgröße für die Kassenwahl, ganz im Gegensatz zu den »schwer messbaren, eher intransparenten Qualitätsmerkmale und –unterschieden im Leistungsbe-  
reich« (Ziffer 488). Dieser Effekt wird verstärkt durch den Sachverhalt, dass Kassenwechsler bzw. wechselbereite Versicherte vornehmlich zum Kreis der jungen, gutverdienenden und besser gebildeten Personen gehören, die wegen ihres guten Gesundheitszustandes nur gelegentlich GKV-Leistungen in Anspruch nehmen und daher weniger auf die Versorgungsqualität achten. Ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, für die dieser Aspekt eine sehr viel größere Bedeutung hat, zeigen hingegen kaum Neigungen zum Kassenwechsel. Sie haben offenbar andere Sorgen und zudem oft ein Vertrauensverhältnis zu den sie betreuenden Kassenmitarbeitern aufgebaut, das sie bei einem Kassenwechsel erst neu aufbauen müssten.

Diese ungleich verteilte Bereitschaft zum Kassenwechsel ist ein seit Jahren bekanntes, von verschiedenen Studien über Wechslerprofile belegtes Phänomen

(Böcking et al. 2002, Andersen / Grabka 2006), der durch die Einführung des Zusatzbeitrages noch an Bedeutung gewonnen hat. Im WIdO-Monitor, einer regelmäßigen repräsentativen Versichertenbefragung, gaben 2011 zwar nur 22,2 % der Befragten den Zusatzbeitrag als Grund für ihre Wechselbereitschaft an, jedoch lag diese Quote bei den einen Zusatzbeitrag erhebenden Kassen bei 62,2 % (Zok 2011). Weitere 11 % gaben bei diesen Kassen deren unbefriedigendes Preis-Leistungsverhältnis als Wechselgrund an, was vor allem mit dem Zusatzbeitrag zusammenhängen dürfte. Der SVR-G stellt fest, dass rund 90 % der Netto-Mitgliederverluste bei Kassen mit einem Zusatzbeitrag zu verzeichnen sind (Ziffer 496). Diese hatten einen Mitgliederverlust von durchschnittlich 12 % zu verkraften, weitere 12 % ihrer Versicherten kündigten in Befragungen an, ihre Kasse demnächst wegen des Zusatzbeitrages verlassen zu wollen.

Weshalb einzelne Kassen trotz eines ausgeglichenen Gesundheitsfonds einen Zusatzbeitrag erheben müssen, soll hier nicht weiter zur Debatte stehen. Der SVR-G nennt eine Reihe von Gründen, vor allem Managementfehler, aber auch nur schwer behebbare Lücken im M-RSA<sup>3</sup> (Ziffer 492). Auf jeden Fall fürchten Kassenvorstände angesichts drohender Mitgliederverluste nichts so sehr wie den Zusatzbeitrag. In einer Befragung des SVR-G geben 87 % der Kassen an, dass Versicherte auf den Zusatzbeitrag deutlich stärker reagieren als auf Beitragssatzsteigerungen in früheren Zeiten. Dafür werden folgende, nicht immer plausible Gründe angegeben (Ziffer 519):

- Der von den Kassen genannte, mit dem Gesundheitsfonds eingeführte feste Arbeitgeberanteil dürfte nicht wirklich eine Rolle spielen, denn der ändert sich bei einem Kassenwechsel nicht. Damit soll vielmehr das als »Wettbewerb im Lohnbüro« bekannte Phänomen verschwinden, dass Arbeitgeber ihre Beschäftigten drängen, zu einer möglichst beitragsgünstigen Kasse zu wechseln. Da der Wettbewerb sich an den Präferenzen der Versicherten orientieren sollte, ist der einheitliche Arbeitgeberanteil

eine sinnvolle Regelung.

- Schon eher spielt eine Rolle, dass der Zusatzbeitrag nicht automatisch vom Lohn abgezogen wird, sondern von den Versicherten getrennt an ihre Kasse überwiesen werden muss. Das ist nicht nur mit lästigem Aufwand verbunden, dadurch werden viele Versicherte überhaupt erst auf Beitragserhöhungen aufmerksam.
- Die Form des Zusatzbeitrages als fester Euro-Betrag hat eine deutlich höhere Merkmlichkeit als prozentuale Beitragssätze.

## Preiswettbewerb versus Qualitätswettbewerb

Man kann also festhalten, dass der Zusatzbeitrag den Kassenwettbewerb in puncto Mitgliederbewegung deutlich belebt hat, auch wenn dieser Effekt im vergangenen Jahr abgeebbt ist. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) hat diese Entwicklung in einer Presseerklärung vom 21.9.2010 begrüßt. Er bringt aber keine Belege dafür, dass sich daraus positive Folgen für die Strukturen des GKV-Systems ergeben. Der Kassenwechsel ist für ihn offenbar ein Selbstzweck (vgl. Reiners 2012). Zweifelsohne führt die Dominanz des Preiswettbewerbs im GKV-System zu einem gesteigerten Kostenbewusstsein der Kassenvorstände. Dieser Schuss kann aber auch nach hinten losgehen, nämlich dann, wenn kurzfristige Einsparungen zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen zu Lasten von Investitionen in neue Versorgungsformen gehen. Zwar geben in der Befragung des SVR-G nur 5 Prozent der Kassen an, wegen eines drohenden Zusatzbeitrages schon mal einen Vertrag über besondere Versorgungsformen gekündigt zu haben. Aber der Rat merkt selbst an, dass dabei der Verdacht eines sozial erwünschten Antwortverhaltens naheliegt, weil derartige Verträge eher wegen des Endes der Anschubfinanzierung gekündigt wurden (Ziffer 516).

Auf jeden Fall macht die vom SVR-G gemachte Bestandsaufnahme der Auswirkungen des Zusatzbeitrages auf die

<sup>3</sup> Davon sind Kassen mit überwiegend in Ballungszentren lebenden Versicherten betroffen. Regionale Kostenunterschiede werden im auf bundesweiten Durchschnittsgrößen basierenden M-RSA kaum berücksichtigt.

Geschäftspolitik der Krankenkassen deutlich, dass damit der über die Versorgungsqualität geführten Wettbewerb wenn schon nicht verhindert, so doch erheblich erschwert wird. Man kann

### **Die Bestandsaufnahme des SVR-G zeigt, dass der Zusatzbeitrag den Wettbewerb um Versorgungsqualität erheblich erschwert.**

zwar feststellen, dass bestimmte Verbesserungen von Service- und Versorgungsleistungen zur Zufriedenheit der Versicherten beitragen. Jedoch werden »keinem dieser einzelnen Aspekte von den Versicherten Nutzwerte zugeordnet, die die Erhebung des Zusatzbeitrages kompensieren können.« (Ziffer 508) Der Kassenwettbewerb wird durch ihn noch stärker über den Preis geführt und lässt Qualitätsaspekte in der Unternehmenspolitik von Krankenkassen weiter in den Hintergrund rücken. Daraus sollte man eigentlich im Sinne einer Förderung des Qualitätswettbewerbs den Schluss ziehen, den Zusatzbeitrag wieder abzuschaffen und zu prozentualen Beitragssatzunterschieden zurückzukehren. Das aber lehnt der SVR-G mit dem Hinweis ab, das sei mit einem hälftigen Arbeitgeberbeitrag verbunden, der falsche Anreize bei der Kassenwahl gebe (Ziffer 525). Das ist, mit Verlaub, Unsinn. Zum einen gibt es schon seit Jahren keinen hälftigen Arbeitgeberanteil mehr; die Versicherten zahlten vor Einführung des allgemeinen Beitragssatzes einen um 0,9 Prozentpunkte höheren Beitragssatz als ihre Arbeitgeber. Außerdem kann man auch bei einem lohnbezogenen Beitragssatz einen festen Arbeitgeberanteil für alle Kassen festlegen.

Stattdessen wartet der SVR-G mit einem angesichts seiner stimmigen Analyse über die vom Zusatzbeitrag verschärfte Dominanz des reinen Preiswettbewerbs irritierenden Vorschlag auf. Man solle den allgemeinen Beitragssatz so senken, dass quasi alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssten. Das sollte »zielorientiert so erfolgen, dass der dadurch erzeugte Zusatzbeitrag sowohl zu einem funktionsfähigen Wettbewerb im Versicherungsbereich führt als auch im Leistungsbereich einen Spielraum für einen wirksamen Qualitätswette-

werb eröffnet.« (Ziffer 525) Wie diese Quadratur des Kreises gelingen kann, verrät der SVR-G freilich nicht. An der übermächtigen Dominanz des Preiswettbewerbs und dem ihm nachgeordneten Qualitätswettbewerb würde das ebenso wenig ändern wie eine Rückkehr zum kassenspezifischen prozentualen Beitragssatz.

Der SVR-G liefert auch eine schlüssige Erklärung für diesen Sachverhalt.

Der Beitragssatz sei für die Versicherten eine sehr viel transparentere Größe als die schon für Experten schwer messbare Versorgungsqualität. Die meisten Versicherten möchten sich am liebsten gar nicht mit dem Thema Krankenversicherungsschutz beschäftigen und begegneten »neuen Wahlmöglichkeiten mit Verunsicherung und Skepsis bis hin zu genereller Ablehnung.« (Ziffer 499) Demnach befindet sich der Kassenwettbewerb in einem grundsätzlichen Dilemma, das man nicht mit ordnungspolitischen Glaubensbekenntnissen über die vorwärtstreibende Kraft des Wettbewerbs aus der Welt predigen kann. Jedenfalls ist der im Gutachten 2012 punktuell durchscheinende Impetus des Rates, der Wettbewerb sei der Schlüssel zur Modernisierung unseres Gesundheitswesens, eine Illusion. Allerdings wird man dieses Ziel ohne Wettbewerb auch nicht erreichen können, da ein wesentliches Hindernis die verkrusteten monopolistischen Strukturen der Leistungserbringer sind.

### **Kassenwettbewerb und neue Versorgungsformen**

Der SVR-G hat in seinem 2009er Gutachten erschöpfend nachgewiesen, weshalb die bestehenden Versorgungsstrukturen und korporatistischen Beziehungen des GKV-Systems den sich aus den demografischen und medizinischen Entwicklungen entstehenden Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Punkt für Punkt wird dort belegt, weshalb die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Dominanz von Einzelpraxen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die Vernachlässigung der hausärztlichen

Versorgung und die Arztzentriertheit unseres Gesundheitswesens sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht nicht nur überholt, sondern nachweislich kontraproduktiv sind. Erforderlich sind Reformen, die den Weg zu mehr Kooperation und Integration ebnen, ein im Prinzip mehr als 20 Jahre altes Postulat (vgl. Enquete-Kommission 1990: 223 ff.).

Reformansätze in diese Richtung hat es erst in den 2000er Jahren gegeben. Die 1997 im GKV-Neuordnungsgesetz eröffnete Möglichkeit von Modellvorhaben (§§ 63–65 SGB V) und Strukturverträgen zur hausärztlichen Versorgung (§ 73 a) waren praktisch folgenlos, weil sie an ein Einvernehmen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gebunden waren. Alle anderen neuen Versorgungsformen, die nach dem Jahr 2000 Eingang ins SGB V gefunden haben, sind – mit Ausnahme der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116 b) – Gegenstand von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten bzw. Arztgruppen:

- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V),
- besondere ambulante Versorgung (§ 73 c SGB V),
- integrierte Versorgungsformen (§§ 140 a-d SGB V) sowie
- strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137 f-g SGB V).

Bei der Umsetzung dieser Bestimmungen zu neuen Versorgungsformen zeigte sich, dass die Kassen sich in die gewünschte Richtung nur dann bewegen, wenn der Gesetzgeber ihnen dies ausdrücklich vorschreibt oder mit finanziellen Anreizen verbindet. Die Vorstellung, der Wettbewerb werde es schon richten, hat sich als Illusion erwiesen. So wurde die hausarztzentrierte Versor-

### **Die Entwicklung von neuen Versorgungsformen hat gezeigt, dass die Vorstellung, der Wettbewerb werde es richten, eine Illusion ist.**

gung im GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 als Soll-Regelung eingeführt, d. h. die Kassen müssen sie anbieten,

wenn sie es können. Die Resonanz war ausgesprochen mäßig, so dass im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 2007 diese Soll- in eine Muss-Regelung umgewandelt wurde, der sich die Kassen nicht entziehen können. Die Bereitschaft zum Abschluss von Verträgen mit integrierten Versorgungsformen ging zurück, als die Anschubfinanzierung 2008 abgeschafft wurde. Allerdings gibt es hier kassenspezifische Entwicklungen (Ziffer 444). Die Ausgaben der AOK für integrierte Versorgungsverträge sanken im ersten Jahr um 28 Prozent, während sie vor allem bei der Knappschaft weiterhin anstiegen. Deren sehr erfolgreichen Modelle »prosper« und »proGesund« kompensierten die bei anderen Kassen zu verzeichnenden Ausgabenrückgänge für integrierte Versorgungsformen. Die hohe Zahl älterer und multimorbider Versicherter macht solche Programme für die Knappschaft wegen ihrer Versichertenstruktur attraktiv. Zudem bietet die Knappschaft mit ihrer Tradition mit eigenen Krankenhäusern gute organisatorische Voraussetzungen für derartige Projekte, auch wenn andere Krankenhäuser in diese Projekte eingebunden sind. Die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) wiederum litten paradoxerweise unter dem M-RSA, der eine gesonderte Berücksichtigung entsprechender Projekte überflüssig macht.

### Gretchenfrage: Sicherstellungsauftrag der KV

Die eigentliche Crux einer Reform der Versorgungsstrukturen ist die mit dem System der Gesamtvergütung und dem sich daraus ableitenden Sicherstellungsauftrag verbundene Monopolstellung der KVen. Zwar sind viele KV-Funktionäre in Fragen neuer Versorgungsformen beweglicher geworden, was sich insbesondere im Zusammenhang mit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zeigt. Während 1990 noch der Grundsatz, dass die Einzelpraxis die Regelform in der ambulanten Versorgung sein soll, in den Einigungsvertrag gedrückt wurde, um den Ambulatorien und Polikliniken des DDR-Gesundheitswesens den Garaus zu machen, sind die MVZ mittlerweile auch in der Ärzteschaft weitgehend akzeptiert. Die Krankenkassen sind trotz markiger Forderungen nach mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit eher

zögerlich darin, von den gesetzlichen Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen Gebrauch zu machen. Anders ist jedenfalls z. B. die Stagnation beim Abschluss hausarztzentrierter Verträge außerhalb des KV-Systems nicht zu erklären.

Allerdings bildet das komplizierte, nach wie vor auf Gesamtverträgen beruhende Vergütungssystem für Vertragsärzte ein großes Hindernis für den Abschluss von Selektivverträgen. Es ist notwendigerweise mit einer Bereinigung der Gesamtvergütung verbunden, die viel zu kompliziert und intransparent ist, wie der SVR-G ausführlich darlegt (Ziffern 402 ff.). Das SGB V sieht für die Bereinigung der Gesamtvergütung um die für Selektivverträge gezahlten Honorare folgende Kriterien vor (§§ 73 b Abs. 7, 73 c Abs. 6, 140 d Abs. 1):

- Zahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten,
- deren Morbiditätsstruktur und
- der vereinbarte Versorgungsbedarf.

Im Prinzip soll damit simuliert werden, was die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen im Kollektivvertrag gekostet hätten. Nach dieser Logik bringen Selektivverträge per saldo weder Vor- noch Nachteile für deren Teilnehmer, was die Bereitschaft der Kassen, sich auf entsprechende Verträge einzulassen, nicht gerade befördert. Abgesehen davon sind die damit verbundenen Regelungen unbefriedigend. So moniert der SVR-G unerwünschte Anreize, die durch den Wechsel von Selektivvertragsteilnehmern zurück in die Gesamtvergütung entstehen können (Ziffer 402). Insbesondere bei besonders kranken Versicherten kann sich ein solcher Schritt für die Kassen lohnen, wenn der für diese Versicherten zu zahlende Betrag in der Gesamtvergütung niedriger ist als bei einem Selektivvertrag. Alles in allem machen die Ausführungen des SVR-G indirekt deutlich, dass ohne eine grundlegende Revision des auf der Gesamtvergütung beruhenden EBM-Systems, das der BKV-Vorsitzende Andreas Köhler selbst in einem Interview als »irre« bezeichnet hat (Berliner Zeitung, 4.9.2010), der Abschluss von Selektivverträgen für die Kassen nicht attraktiver wird.

### Ordnungspolitischer Rahmen

Obwohl der SVR-G wiederholt in seinem Gutachten auf die grundlegende Bedeutung eines bundeseinheitlichen ordnungspolitischen Rahmens für den Kassenwettbewerb hinweist, schweigt er sich bezüglich einer Konkretisierung dieses Postulats aus. Dabei liegt in dieser Frage ein Schlüssel zur Beförderung neuer Versorgungsformen. Betroffen sind zwei existenzielle Fragen für unser Gesundheitswesen, die auch die Gesundheitsministerkonferenz bereits aufgegriffen hat (vgl. am Orde / Reiners 2011), zu denen sich aber der SVR-G ausschweigt:

- Wer ist für die Sicherstellung der Versorgung letztlich verantwortlich?
- Wie soll das Verhältnis von gemeinsamer Selbstverwaltung und Regierungsbehörden aussehen?

Der SVR-G mag es nicht als seinen Auftrag verstanden haben, sich diesen politisch heiklen Fragen zu widmen. Es bleibt aber ein Versäumnis, sich dazu nicht zu äußern, denn beide Fragen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Frage des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen und damit auch mit dem Thema seines Gutachtens »Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Ver-

### Der SVR-G schweigt sich bei der Konkretisierung eines ordnungspolitischen Rahmens für den Kassenwettbewerb aus.

sorgung«. Besonders deutlich wird dieses Defizit im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung. In dem Maß, wie dieses Kernstück der ambulanten Versorgung über Selektivverträge gesteuert und damit nicht mehr dem Sicherstellungsauftrag der KVen unterliegt, entsteht ein kaum zu verantwortendes ordnungspolitisches Vakuum, wenn keine flankierende Reform der Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung durchgeführt wird. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis der Organe der Selbstverwaltung im GKV-System und den Regierungsbehörden der Länder und des Bundes. Wie eine solche Reform in groben Umrissen aussehen

könnte, wird nachfolgend skizziert (vgl. Reiners 2010).

Das Grundgesetz gibt den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung fraglos gehört. Daraus folgt jedoch nicht, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der Länder liegen muss. Das ist im deutschen Gesundheitswesen mit seiner Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und Gemeinsamer Selbstverwaltung keine tragfähige Reformoption. Es geht vielmehr darum, die Beziehungen zwischen der (Landes-)Politik und den Selbstverwaltungsorganen neu zu ordnen. Betroffen sind drei verschiedene Ebenen:

- Bedarfsplanung,
- Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie
- die Rechtsaufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

Erforderlich ist zunächst einmal eine integrierte Bedarfsplanung für die ambulante und stationäre Versorgung. Dabei sollte die politische Letztverantwortung bei den Ländern liegen. Ihre Institutionen (Landtage, Landesregierungen) sollten die Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern in den jeweiligen Regionen der Länder festlegen, was nicht heißt, dass dies ohne Beteiligung der Träger der gesundheitlichen Versorgung geschieht. Deren Einbindung in die Entscheidungsfindung muss gewährleistet sein, was in der Landeskrankenhausplanung auch üblich ist. Die Länder sollten den allgemeinen Rahmen der Bedarfsplanung festlegen, der nicht nur die ambulante und stationäre Akutversorgung, sondern auch die bislang keiner konsistenten Bedarfsplanung unterliegende medizinische Rehabilitation umfassen sollte. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte dafür einheitliche Indikatoren bzw. Referenzgrößen entwickeln. Diese wie auch immer im Detail gestaltete integrierte Bedarfsplanung bedarf einer einheitlichen Datengrundlage, die erst noch zu schaffen ist. Diese mit absoluter Priorität zu erledigende Aufgabe kann nur mit fachlicher Unterstützung der Versorgungsforschung gelöst werden.

Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte hingegen vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen bleiben, die von der Politik vorgegebene Maßstäbe für Versorgungsqualität und Erreichbarkeit zu erfüllen haben. Den Ländern müssen dabei Durchgriffsrechte zur Verfügung stehen, falls diese Vorgaben nicht eingehalten werden. Lässt man dem Ausbau des Selektivvertragssystems freien Lauf, können die Länder diese Aufgabe nicht mehr angemessen erfüllen. Ein derart dereguliertes System führt ohne eine Neuordnung seines ordnungspolitischen Rahmens zu nicht mehr effektiv kontrollierbaren Oligopolen und zu regionaler Risikoselektion sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Ärzten und Krankenhäusern. Die vorhandenen Versorgungsdisparitäten würden sich weiter zuspitzen, da es wirtschaftlich weit attraktiver ist und zudem bequemer, sich auf die Versorgung von bessergestellten Regionen und Ballungszentren zu konzentrieren, als sich um die schwierige Aufgabe zu kümmern, auch in dünn besiedelten und sozial schwachen Regionen und Bezirken für eine gute medizinische Versorgung zu sorgen.

Der Weg zurück zum reinen Kollektivvertragssystem in bisheriger Ausprägung ist angesichts der sich immer weiter differenzierenden Versorgungsnotwendigkeiten keine tragfähige Perspektive. Allerdings sind Kollektivverträge zwischen Kassen und den Verbänden der Leistungserbringer die Grundlage für eine übergeordnete und

### **Keine tragfähige Perspektive ist es, zu einem Kollektivvertragssystem bisheriger Ausprägung zurück zu kehren.**

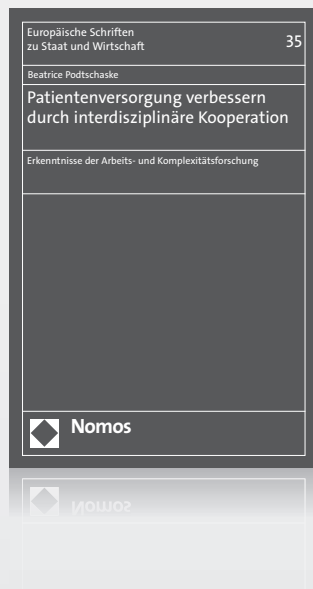
funktionierende Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags in der ambulanten und stationären Versorgung. Daher muss geklärt werden, wo die Grenzen von Selektivverträgen sind, welche Wirkungen sie auf Kollektivverträge haben und wo Kollektivverträge zur bedarfsgerechten Versorgung unabdingbar sind. Das betrifft insbesondere Rege-

lungen zur Qualität und zum Zugang zur medizinischen Versorgung, die für alle Versicherten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit gelten müssen. Dieses Problem der regionalen Disparitäten in der medizinischen Versorgung lässt sich über den Kassenwettbewerb auch nicht ansatzweise lösen, weil hier die gemeinsame Verantwortung der Akteure im Gesundheitswesen gefragt ist. Dieses Problem wird zentraler Punkt der kommenden gesundheitspolitischen Debatten sein, dem aber der SVR-G in seinem aktuellen Gutachten leider aus dem Weg geht.

### **Fazit**

Die Vorstellung, man müsse nur die im bestehenden GKV-System vorhandenen Hindernisse für einen über Selektivverträge und Versorgungsqualität geführten Kassenwettbewerb aus dem Weg räumen und schon würden sich positive Effekte in der Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen einstellen, ist eine Illusion. Die Kassen konkurrieren vor allem um wechselbereite Versicherte, und das sind nun einmal junge, gebildete und gesunde Personen, die ein nur wenig ausgeprägtes Interesse an neuen Versorgungsformen haben. Hinzu kommt, dass die auch gesetzlich vorgeschriebene Orientierung an der Beitragssatzstabilität innovative Projekte zur Modernisierung der Versorgungsstrukturen behindern. Der SVR-G bezeichnet zu Recht die Nachweispflicht für künftige positive wirtschaftliche Effekte von Selektivverträgen als »fast prohibitiv hoch« (Ziffer 390). Ohne zusätzliche Anreize und gesetzlichem Druck wird sich bei den Kassen wenig bewegen. Daraus folgt nicht, dass es keine Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs geben sollte. Es kommt angesichts der Trägheit des GKV-Systems vor allem darauf an, den Krankenkassen den Rücken zu stärken, die trotz der durch den Beitragswettbewerb gegebenen Risiken den Mut haben, in neue Versorgungsformen zu investieren. Bürstet man das Gutachten 2012 des SVR-G einmal gegen den Strich, dann stellt man fest, dass der SVR-G aller markigen Wettbewerbsrhetorik zum Trotz diese Einschätzung eher zu teilen scheint. Jedenfalls betont er schon gleich zu Beginn

# Patientenversorgung verbessern



## Patientenversorgung verbessern durch interdisziplinäre Kooperation

Erkenntnisse der Arbeits- und Komplexitätsforschung

Von Dr. Beatrice Valeska Podtschaske

2012, 212 S., brosch, 49,- €

ISBN 978-3-8329-7490-9

(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 35)

Thema ist das Phänomen Komplexität im Arbeitskontext der Patientenversorgung. Eine Analyse der Patientenversorgung sowie Stand der Komplexitäts- und Arbeitsforschung bilden die Grundlage, für drei Praxisbeispiele erfolgt eine Evaluation. Zentrales Ergebnis ist das DESPINA-Modell: ein Ordnungsrahmen für die Gestaltung von komplexen Arbeitssystemen.

Online-Extras unter: [www.nomos-shop.de/14695](http://www.nomos-shop.de/14695)



# Nomos

seines Gutachtens (Ziffer 334), dass es für die Auslösung qualitätsorientierter Reaktionen bei den Leistungserbringern schon reiche, »wenn anfangs nur ein geringer Prozentsatz der Patienten seine Entscheidungen auf diese Weise fällt.« So gesehen enthält das Gutachten so etwas wie eine »hidden agenda«: Nicht die großen Entwürfe bringen uns weiter, sondern beispielgebende Projekte. ■

## Literatur

- Am Orde, B. / Reiners, H. (2011):** Das Versorgungsgesetz und die Erwartungen der Länder. Gesundheits- und Sozialpolitik 65 (1): 43–45
- Andersen, H. Grabka, M. (2006):** Kassenwechsel in der GKV 1997–2004. Profile – Trends – Perspektiven. Göppfarth, D., Greß, S. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin (Asgard): 145–189
- Böcking, W. et al. (2002):** The Relevance of Price in a Customer's Choice of Statutory Health Insurance Providers in Germany. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft: 242–251
- Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung« (1990):** Endbericht, Bundestagsdrucksache 11/6380 vom 12.02.1990
- Evans, R. et al (1994):** Health Care Reform – Comment Health Economics Vol. 3: 359
- Gäfigen, G. (1984):** Sparen durch Gestalten. Bundesarbeitsblatt Nr. 12/1984: 19–22
- Lorenz, E. (Hrsg.) (2004):** Abschlussbericht des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004. Karlsruhe (Verlag Versicherungswirtschaft)
- Reiners, H. (2006):** Der »Lahnstein-Mythos«: Die schwere Geburt des RSA. Göppfarth, D., Greß, S. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin (Asgard): 13–34
- Reiners, H. (2010):** Kassenwettbewerb, Selektivverträge und die Rolle der Länder. Gesundheits- und Sozialpolitik 64 (3): 11–15
- Reiners, H. (2012):** Ökonomenstammtisch. Anmerkungen zu öffentlichen Erklärungen der DGGÖ. Gesundheits- und Sozialpolitik 66 (3): 64–69
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin (Bundesanzeiger)
- SVR-G (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf)
- Zok, K. (2011):** Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. WIdO-Monitor 8(1). 1–7