

Wettbewerbsordnung der GKV: Eine Zwischenbilanz

Ausgehend von der Bundestagsenquete-Kommission „Krankenversicherung“ und begleitet vom Sachverständigenrat Gesundheit hat die GKV in den letzten 25 Jahren einen vielstufigen Modernisierungsprozess durchlaufen. Dazu gehören eine Wettbewerbsordnung mit Ausgleich der Morbiditätsrisiken bei den Krankenkassen, die zunehmende Orientierung an Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin sowie umfangreiche ökonomische Steuerungssysteme für die Leistungssektoren. Allerdings lässt insbesondere der Ausbau versichertenorientierter Versorgungsformen auf sich warten. Fehlte zunächst politisch eine verbindende Idee, für welche Funktionen der GKV ein Effizienzschub des Wettbewerbs genutzt werden sollte, verlief die Entwicklung neuer Versorgungsformen dann zögerlich. Obschon der Gesetzgeber den Weg im Prinzip freigemacht hat, bleibt ihr Anteil noch zurück. Stattdessen soll der Gemeinsame Bundesausschuss nunmehr ein „Innovations-Budget“ verwalten. Der Steuerungsmix für die GKV changiert zwischen den sich ergänzenden Polen aus Markt und Staat. Dabei wächst das Gerüst aus zentralen Vorgaben und staatlichen Aufträgen an die Gemeinsame Selbstverwaltung mit ihren spezialisierten Einrichtungen sichtlich. Unverkennbar hat „Wettbewerb“ zurzeit keine gute Konjunktur. Nach programmatisch beeindruckendem Auftakt finden sich hier wenig greifbare Lösungsansätze für die Gesundheitspolitik. Vielmehr richten die Akteure selbst fortgesetzt Forderungen an den Staat. Um nicht dessen politische Kostgänger zu sein, müsste dagegen verstärkt in eigene Entwicklungen investiert werden.

Tragender Eckpfeiler für die Wettbewerbsordnung ist die Finanzarchitektur der GKV. Die Finanzsituationen der Krankenkassen haben sich zuletzt wieder weiter auseinanderentwickelt, ohne dass vermutete Effizienzunterschiede im Kassenhandeln stärker hervortreten als zuvor. Daher könnten in der weiteren Ausgestaltung der Finanzarchitektur, so Jürgen Wasem in dieser Ausgabe, der prospektive Charakter des Morbi-RSA, die Begrenzung auf 80 Erkrankungen, der Verzicht auf eine Regionalvariable und fehlende Anpassungen zwischen der Ausgestaltung des Morbi-RSA und der Ausgestaltung der Vergütungssysteme in den Fokus der Politik geraten. Allerdings dürfte bereits heute etwa die Morbi-Komponente in der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu einem hohen Anteil von einnahmeorientierten Verträgen der Krankenkassen beeinflusst sein.

Der Wettbewerb mit Verträgen auf der Versorgungsseite wird als Innovationsmotor der GKV dienen können, wenn die Krankenkassen dem unternehmenspolitisch Gewicht verleihen und Entwicklungen mit Systemwirkung durchsetzen. Diese Entschiedenheit ist zurzeit in Baden-Württemberg

zu erkennen, ohne dass sich am Horizont Nachahmer abzeichneten. So bezweifeln etwa die Anbieter von „Managed Care-Systemen“ inzwischen, dass der Wettbewerb als Motor noch anspricht, und suchen nach der Rolle von Managed Care in einem staatlich gesteuerten System. Bei den Disease-Management-Programmen findet sich ein Beispiel. Und auch bei der Hausarztzentrierten Versorgung war die helfende Hand des Staates unübersehbar. Andererseits beeinträchtigt er die Chancen innovativer Verträge, wenn er die Vergütung in den Kollektivvertragssystemen durch zentrale Vorgaben fortgesetzt massiv erhöht.

Ebenso fordert der Staat auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses Grundsätze der evidenzbasierten Medizin ein und baut seit vielen Jahren an einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Dass die Krankenhäuser festgestellte Qualitätsmängel bisher aussitzen können, weil es keine Sanktionsmöglichkeiten gibt, scheint wenig befriedigend. Nun soll das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Entwicklung weiter anschieben. Zu entwickeln sind nicht nur Qualitätsberichte, sondern auch Qualitätsindikatoren für die Krankenhausvergütung und -planung. Doch allein für die Auswahl von vier Indikationen für Qualitätsverträge mit Krankenhäusern auf Landesebene bekommt der Bundesausschuss mehr als zwei Jahre Zeit.

Die Krankenkassen mischen sich ein im Wettbewerb um gute Versorgung. Mit welchen Instrumenten und wie aktiv sie dies tun, ist in hohem Maße variabel. Eine Bilanz ist einerseits stark gezeichnet von der Skepsis über das Erreichte. In den zentralen Bereichen der Versorgung hat der Stellenwert eigener Vertragsgestaltung bei den Akteuren gelitten. Andererseits besteht kein Anlass, die wettbewerbliche Flankierung der GKV als Fehlversuch abzubuchen. Eine zahlreiche Akteure einbeziehende, sorgfältige Debatte über die Chancen und Ziele der „besonderen Versorgungsformen“ auf der Grundlage von Selektivverträgen der Krankenkassen und Leistungserbringer steht an.

Karl-Heinz Schönbach