

Franz Knieps¹⁾

Wettbewerb unter den Bedingungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Eine politische Wirkungsanalyse

¹⁾ Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder und ist keine Meinungsäußerung des Bundesministeriums für Gesundheit. Auf Zitationen wissenschaftlicher Quellen wurde verzichtet. Aktuelle Einschätzungen und Kontroversen finden sich vor allem bei Wille und Knabner 2008 sowie Göppfarth et al. 2007.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat die gesetzliche Krankenversicherung in zwei Lager gespalten; das der Gegner und das der Befürworter. Der Beitrag analysiert die lange Tradition der Gesundheitsreformgesetze und fragt dabei konkret nach der Bedeutung des Wettbewerbs in der aktuellen Reformdiskussion. Dabei sollen die unterschiedlichen Bewertungen und die zugrunde liegenden Interessen der Beteiligten ebenso herausgearbeitet werden wie die Hauptentwicklungslinien der Wettbewerbselemente in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier steht sowohl der Wettbewerb um Kunden als auch der Wettbewerb im Bereich der Versorgungsangebote im Zentrum.

Einleitung

Von „vollständig misslungen“ bis zu „perfide gut gemacht“ reicht die Bewertung der Instrumentarien des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 (GKV-WSG) bei den Akteuren im Gesundheitswesen. Während der eine einen „barbarischen Dumping-Wettbewerb“ mit Qualitätsminderungen und Leistungsausgrenzungen kommen sieht, beklagen andere „Wettbewerbsbeschränkungen“ und „Wettbewerbsverzerrungen“, Dritte wiederum verspüren deutliche Stimulanzen für einen Wettbewerb um Leistungen und Qualität. Wer allein die Wertungen der Akteure und die öffentliche Meinung heranzieht, um die Wettbewerbswirkungen des GKV-WSG zu beurteilen, steht ratlos vor diametral gegensätzlichen Aussagen. Oft, aber nicht immer, helfen folgende Fragen weiter:

- Welche institutionellen und ökonomischen Interessen stehen hinter den Wertungen?
- Welches Wettbewerbsverständnis liegt diesen zugrunde?
- Welche ordnungspolitischen institutionellen und ökonomischen Ziele werden verfolgt?

Außerdem ist zu hinterfragen, ob lediglich Teilaspekte des GKV-WSG betrachtet werden oder ob das Zusammenwirken unterschiedlicher Instrumentarien (Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Reform der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor, tarifliche Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen) analysiert wird. Schließlich ist zu prüfen, ob die Äußerungen die Veränderungen früherer Reformen, vor allem des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes und des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, berücksichtigen. Der folgende Beitrag versucht, einen Rundumblick auf das Thema Kassenwettbewerb zu werfen und das Ineinandergreifen diverser Reformstufen und Instrumente zu skizzieren.

Vom Ständestaat zur Kassenwahlfreiheit – ein Blick zurück

Wer die Dimensionen des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen ausleuchten will, kommt nicht umhin, einen Blick zurück in die Geschichte der GKV zu werfen. Diese ist in den meisten der 125 Jahre eng mit einer ständischen Ordnung des Arbeitslebens verbunden. Bis 1996 entschieden allein Status oder Beruf, ob Versicherte überhaupt die Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen hatten. Während den so genannten Primärkassen (AOK, BKK, IKK) Versicherte, insbesondere Arbeiter, zugewiesen wurden, konnten Angestellte und wenige Arbeiter ein Wahlrecht zu Ersatzkassen ausüben. Während die BARMER und die DAK alle Angestellten aufnahmen, waren die TK lediglich für technische Angestellte oder die KKH nur für kaufmännische Angestellte wählbar. Für Bergleute, Seeleute und landwirtschaftliche Unternehmer waren geschlossene Sondersysteme zuständig.

Mit der Auflösung ständischer Strukturen ließen sich Wahlrechtsbeschränkungen und Kassenzugehörigkeitsmerkmale dieser Art im ausgehenden 20. Jahrhundert weder sozialpolitisch noch verfassungsrechtlich ausreichend begründen, zumal die Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen beträchtlich waren. Nach langjährigen politischen Diskussionen und einem Grundsatzrechtsstreit bis zum Bundesverfassungsgericht entschied sich der Gesetzgeber nach dramatischen Auseinandersetzungen im rheinischen Städtchen Lahnstein dafür, den überkommenen Mix aus Zuweisungen und Wahlmöglichkeiten zugunsten einer wettbewerblichen Orientierung der GKV abzulösen. (Fast) alle Versicherten sollen (fast) alle Krankenkassen wählen können. Unterschiede zwischen den Kassen und Kassenarten im Mitgliedschafts-, Beitrags-, Leistungs- und Organisationsrecht wurden schrittweise zugunsten einer einheitlichen, wettbewerblich orientierten Rahmenordnung abgebaut. Im Zentrum des Organisationsgefüges der gesetzlichen Krankenversicherung sollte künftig allein die Kassenwahlentscheidung Existenz und Größe einer Krankenkasse legitimieren.

Auch wenn mit der Entscheidung von Lahnstein, die in den Gesetzgebungsprozess des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 (GSG) mündete, dieser Prozess weder begonnen noch abgeschlossen wurde, ist darin eine historische Zäsur zu sehen. So wurden im Rahmen der so genannten Aufbaugesetzgebung schon in den 1930er Jahren die Ersatzkassen, die früher als private Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit angelegt waren, zu Krankenkassen mit dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Allerdings durften sie bestimmte Eigenständigkeiten behalten, die bis heute fortwirken und durchaus wettbewerbliche Relevanz haben. Dies gilt vor allem für die allein aus Mitgliedervertretern zusammengesetzte Selbstverwaltung, die sich von der paritätischen Selbstverwaltung der anderen Kassenarten mit Repräsentanten der Arbeitgeber unterscheidet. Auch für die Knappschaftliche Krankenversicherung, die mittlerweile per Gesetz mit der See-Krankenkasse fusioniert hat, gelten weiterhin Sonderregelungen wie auch für die Landwirtschaftliche Sozialversicherung. Bis zu einer einheitlichen Rahmenordnung, die einem Wettbewerbssystem angemessen

wäre, sind noch einige Schritte zu gehen, zumal geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen zumindest nicht auf dem offenen Markt weiterhin freiwillig um Versicherte konkurrieren.

Die Auswirkungen des Kassenwettbewerbs – Erwartungshaltungen und Realitäten

Die Einführung der Kassenwahlfreiheit zum 1. Januar 1996, der die Abschaffung des manipulationsanfälligen ausgabenorientierten Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner und die schrittweise Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs vorangegangen waren, hatte erhebliche Auswirkungen auf Kassen und Kassenarten. Unter den alten ständischen Bedingungen hatten die Primärkassen kontinuierlich Mitglieder an die Ersatzkassen verloren. Der Übergang vom Arbeiter zum Angestellten war in dieser Ordnung häufig eine Frage des Sozialprestiges. Er markierte bewusst einen gesellschaftlichen Aufstieg, vom Blaumann zum weißen Kragen. Daher hatte die Kassenwahlentscheidung von einer Primär- zu einer Ersatzkasse in der Regel keine ökonomischen Motive, zumal der durchschnittliche Beitragssatz bis weit in die 1980er Jahre bei den Angestellten-Ersatzkassen oberhalb des Niveaus der Primärkassen lag. Die Ausübung des Wahlrechts hatte mehr als nur monetäre Gründe. Der Respekt vor diesem Wahlrecht leitete auch den Gesetzgeber, der bewusst eine Ausweitung des Zuweisungsmodells, wie sie damals beispielsweise von der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeber favorisiert wurde, ablehnte und viele Krankenkassen gegen deren erklärten Willen für neue Mitglieder öffnete. Dem Gesetzgeber war aber auch klar, dass angesichts der ungleichen Lastenverteilung aus der Geschichte der GKV ohne ergänzende Maßnahmen ein fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht zu erwarten war. Deshalb sollte der Risikostrukturausgleich für eine Einebnung der Verwerfungen aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen sorgen und eine Risikoselektion so weit wie möglich eindämmen.

Der Gesetzgeber erwartete, dass sich strukturelle Unterschiede zwischen den Versichertenpopulationen alsbald angleichen sollten und

damit auch erhebliche Beitragssatzunterschiede zwischen Kassen und Kassenarten eingeebnet würden. Diese Erwartungshaltung wurde prinzipiell erfüllt. Besonders günstige oder besonders teure Krankenkassen näherten sich einem Durchschnittsniveau an. Auch zwischen den beiden großen Kassenarten, den AOKen und den Ersatzkassen, entwickelte sich rasch ein vergleichbares Beitragssatzniveau. Mitgliederbewegungen im zweistelligen Bereich, die von vielen Apokalyptikern bei Einführung der Kassenwahlfreiheit prognostiziert worden waren, blieben aus. Vielmehr ging die Zahl der Kassenwechsler von anfangs fünf auf unter zwei Prozent jährlich zurück.

Allerdings trog die Erwartungshaltung, Mitgliederbewegungen würden zu einer Durchmischung der Risikostruktur bei allen Kassen führen. Vielmehr wurde immer deutlicher, dass vor allem junge, wohlhabende und gesunde Mitglieder ihre Kasse verließen und ihre Wahlentscheidung alleine nach dem Preis trafen. Dies begünstigte preiswerte Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren geschlossene Kollektive bei einer nach Marktgesichtspunkten gestaltbaren Öffnung für viele Versicherte attraktive Beitragssatzfestlegungen ermöglichte. Dabei kam es jedoch nicht selten zu gewaltigen ökonomischen Fehleinschätzungen. Mancher Kassenmanager verwechselte Liquidität mit Überschüssen und verkalibrierte sich bei der Einschätzung von Be- und Entlastungen durch den Risikostrukturausgleich. Auch erwiesen sich die „Kassenhopper“ als wenig treue Klientel. Bot sich eine noch günstigere Krankenkasse, wechselten diese Personengruppen im Folgejahr erneut. Seit der Jahrtausendwende profitieren davon vor allem so genannte „virtuelle Krankenkassen“, die auf ein flächendeckendes Geschäftsstellennetz ebenso verzichten wie auf besondere Satzungsleistungen. Zumindest bei der einen oder anderen Kasse kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, dass kranke Versicherte dort unerwünscht sind. Auch diese Entwicklung ist dem Gesetzgeber nicht verborgen geblieben. Er hat in mehreren Schritten versucht, mit einer Verbesserung des Risikostrukturausgleichs dieser Entwicklung entgegenzutreten.

Disparitäten im Kassenwettbewerb – von virtuellen Krankenkassen und realen Fusionen

Trotz steigender Umverteilung zwischen den Krankenkassen und den Kassenarten entzündete sich bald nach Inkrafttreten der neuen Wettbewerbsordnung Kritik an deren Unzulänglichkeiten. Zum einen wurde kritisiert, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen als einzige Kassenarten berechtigt blieben, neue Kassen zu gründen und zu entscheiden, ob sie am Wettbewerb teilnehmen und damit von jedermann wählbar wurden oder ob sie ihren Betriebs- oder Innungsbezug beibehalten und damit spezifische Wettbewerbsvorteile ausspielen konnten. Neu- und Ausgründungen sowie taktisch motivierte Fusionen in diesen beiden Kassenarten bestimmen seit der Jahrtausendwende den Kassenwettbewerb stärker als herkömmliche Mitgliederbewegungen zwischen etablierten Krankenkassen. Jüngstes Beispiel ist der trickreiche Versuch eines großen Automobilkonzerns, nach Fusion und Öffnung der betriebseigenen BKK über eine kleine konzernangehörige Kasse erneut die Vorteile einer geschlossenen BKK für die Stammebelegschaft zu erringen.

Kritisch wird auch die Ausrichtung vieler dieser Kassen als „virtuelle Krankenkassen“ gesehen, die weder einen leicht erreichbaren Zugang noch eine wohnortnahe Betreuung bieten. Unschöne Beispiele für die Abwehr schlechter Risiken, die sich aber auch große Versorgerkassen leisten, und spektakuläre finanzielle Schieflagen infolge von Fehleinschätzungen der künftigen Zahlungen an oder aus dem Risikostrukturgleich haben den Gesetzgeber wiederholt zur Intervention animiert. So wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ein Öffnungsmoratorium für bisher geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen verfügt, um die großen Versorgerkassen zumindest temporär vor Mitbewerbern mit geringer Gesundheits- und Solidarlast zu schützen. Damit wurde zwar der Markteintritt solcher Kassen bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG beschränkt. Das Grundproblem von Kassen, die das Internet als Selektionsgrenze zwischen neuer und alter Kassenwelt nutzen und die der Akquirierung günstiger Risiken Vorrang vor der Ausgestaltung der Versorgung geben, wurde dadurch nicht gelöst. So verwundert nicht,

dass gerade diese Kassen in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends kräftige Mitgliedergewinne erzielten.

Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – im Zickzack-Kurs zur direkten Morbiditätsorientierung

Da sich diese Problematik kaum über das Organisationsrecht der Krankenkassen lösen lässt, rückte nach erfolgreicher Implementierung und verfassungsgerichtlicher Bestätigung die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ins Zentrum der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Um offensichtlichen Fehlsteuerungen entgegenzuwirken, einigten sich das Bundesministerium für Gesundheit und die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits 2001 auf eine mehrstufige Reformagenda für den RSA, auch wenn manche Kassenfürsten heute nichts mehr davon wissen wollen. Als Übergangslösung wurde ein so genannter Risikopool für besonders teure Risiken eingerichtet. Der ist besonders verwaltungsaufwendig, begünstigt aber Kassen, die besonders viele Versicherte mit hohem Behandlungsaufwand haben. Beispielhaft seien die Regionalkassen in Berlin genannt, bei denen überdurchschnittlich viele HIV-Infizierte versichert sind. Auch der hohe Behandlungsaufwand bei Hämophilie-Patienten (Blutern), der in der Vergangenheit manche kleine Kasse an den Rand des finanziellen Zusammenbruchs brachte, wird so refinanziert.

Ebenfalls als Übergangsmaßnahme zur direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ist die gesonderte Berücksichtigung von Versicherten, die sich in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) eingeschrieben haben, anzusehen. Beide Maßnahmen sollten entfallen beziehungsweise modifiziert werden, wenn die direkte Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs abgeschlossen wird. Die gesetzliche Verankerung dieser direkten Morbiditätsorientierung erfolgte zwar bereits im Jahr 2002, die konkrete Umsetzung wurde allerdings von den unionsgeführten Bundesländern jahrelang blockiert. Erst mit dem GKV-WSG konnte ein Durchbruch erzielt werden. Dies gilt zum einen für die Einnahmenseite des künftigen Gesundheitsfonds. Statt

bisher 92 Prozent wird der Grundlohnausgleich im Gesundheitsfonds auf 100 Prozent ausgedehnt. Damit verbessert sich die Situation für ökonomisch schwache Krankenkassen durch eine faire Verteilung der Beitragseinnahmen. Zugleich sorgt die Morbiditätsorientierung auf der Ausgabenseite für eine fairere Verteilung der Krankheitslasten, selbst wenn dieser Ausgleich auf 80 Krankheiten begrenzt ist und einen hohen Schwellenwert für zu berücksichtigende Krankheitskosten aufweist. Niemand gibt sich deshalb der Illusion hin, ein solcher morbiditätsorientierter RSA könne die Morbiditätslast vollständig ausgleichen. Es sind immer nur Annäherungen an das gewünschte Ziel denkbar, den Wettbewerb von Risikoselektion frei zu halten und auf die Parameter Qualität und Effizienz zu fokussieren.

Auf dem Weg zu einer neuen Finanzordnung für die GKV – Wettbewerb unter Fondsbedingungen

Schließlich sind auch die Schaffung eines einheitlichen Spitzenverbands Bund anstelle der sieben beziehungsweise acht kassenartenbezogenen Bundesverbände und die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie der Verzicht auf den Parlamentsvorbehalt mit Staatsverträgen bei den länderübergreifenden Fusionen von Ortskrankenkassen klare Belege dafür, dass der Gesetzgeber die traditionelle Gliederung der Kassenlandschaft für überholt erachtet. Stattdessen sind Wahlfreiheit und Wettbewerb zentrale Elemente eines neuen Organisationsgefüges in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist es durchaus konsequent, die Finanzordnung an diese Veränderungen anzupassen, einen Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz einzuführen und den Wettbewerb auf einen positiven oder negativen Zusatzbeitrag zu lenken. Ein solcher Zusatzbeitrag, der nach Disposition der jeweiligen Kasse prozentual oder als Fixbetrag ausgestaltet sein kann, wird ein deutlich stärkeres Preissignal aussenden als der bisherige prozentuale Beitragssatz, dessen genaue Höhe den wenigsten Versicherten bewusst ist. Ein erheblicher Teil der Kassenkritik am Gesundheitsfonds ist nur aus der Furcht heraus erklärbar, ein Vergleich überschaubarer Beiträge könne selbst träge Versicherte zum Kassenwechsel motivieren. Um

einen Zusatzbeitrag zumindest in der Startphase des Fonds zu vermeiden, werden Krankenkassen alle Anstrengungen unternehmen, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen.

Die Kritik von Kassen- und Verbandsmanagern an dieser gewollten Stoßrichtung des Zusatzbeitrags, man zwinge sie zum Abbau von Leistungen, ist in hohem Maße unglaublich. Andere Branchen reagieren auf erhöhten Wettbewerbsdruck mit Produktivitätssteigerungen und Innovationen. Leistungseinschränkungen und Qualitätsabbau dürften deshalb für Krankenkassen keine realistische Option sein, denn die Abstimmung mit den Füßen und eine wachsame Öffentlichkeit werden solche Strategien schnell zu einem (existenzgefährdenden) Imageproblem anwachsen lassen. Deshalb wird wohl jede Krankenkasse versuchen, im Rahmen der nach dem neuen Leistungsrecht möglichen Tariffdifferenzierungen eine Variante ohne Zusatzbeitrag anzubieten. Um einem schleichenden Ausstieg aus (primär familienpolitisch motivierten) Satzungsleistungen zu begegnen, hat der Gesetzgeber zudem alle Leistungen der Rehabilitation, Eltern-Kind-Kuren und Impfungen zu Pflichtleistungen deklariert und ein umfassendes Berichtswesen als Controllinginstrument für die tatsächliche Inanspruchnahme etabliert. Die Erwartungen der Politik gehen also nicht davon aus, dass es zu einem ruinösen Dumpingwettbewerb kommt. Vielmehr ist zu erwarten, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis und die kassenspezifischen Schwerpunktsatzungen in der Versorgungssteuerung stärker in den Fokus der Kassenwahlentscheidungen rücken. Damit werden große Versorgerkassen wieder attraktiver, denn diese können ihre Einkaufsmacht und ihr Innovationspotenzial einsetzen, um differenzierte Bedürfnisse ihrer Kunden zu befriedigen.

Wettbewerb um Kunden – neue Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungs- und Beitragsrecht

Für eine Ausrichtung des Wettbewerbs auf Qualität und Wirtschaftlichkeit kommt es entscheidend auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten und gegenüber den Leistungserbringern als Trägern der Versorgung an. In beiden Bereichen

verändert das GKV-WSG die Bedingungen fundamental. Das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und ihren Mitgliedern wird künftig wesentlich flexibler werden. Neben dem Normaltarif mit Sachleistung wird der Versicherte von der jeweiligen Krankenkasse autonom gestaltete Wahltarife wählen können. Diese können anstelle der Sachleistungen Kostenerstattung anbieten mit der Folge, dass der Versicherte beim Arzt zum Privatpatienten wird. Die Kostenerstattung muss sich dabei nicht auf die Finanzierung des privatärztlichen Honorars in Höhe eines vergleichbaren Satzes von gesetzlich Versicherten beschränken, sondern darf sich im gleichen Rahmen wie in der Privaten Krankenversicherung (PKV) bewegen. Damit wird das Wettbewerbsverhältnis von gesetzlichen Krankenkassen zu privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich neu gestaltet. Für Versicherte, die einen Übertritt zur PKV erwägen, dürfte auch das Angebot von Selbstbehalten attraktiv sein. Schließlich ist auch zu berücksichtigen, dass Krankenkassen neben neuen eigenen Tarifangeboten auch Tarife in Kooperation mit privaten Versicherungsgesellschaften anbieten können.

Für die Intensivierung des Wettbewerbs um eine qualitativ bessere und effizientere Versorgung dürfte aber vor allem interessant sein, dass Krankenkassen künftig verpflichtet sind, einen Hausarzttarif anzubieten und dass sie neue Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Versorgung mit speziellen Tarifen verknüpfen können. Vorbild sind so genannte Preferred-Provider-Tarife im Managed-Care-System der USA. Versicherte, die sich einem intensiveren Care- und Case-Management ihrer Kasse oder von ihrer Kasse beauftragten Organisationen anvertrauen, sollen hierfür tarifliche Anreize erhalten. Damit wird eine Brücke zwischen Leistungsrecht und Vertragsrecht geschlagen. Die zentrale Frage wird sein, ob sich solche Tarife aus sich selber rechnen, denn der Gesetzgeber lehnt eine Quersubventionierung der Wahltarife ab. Den Krankenkassen muss aber ein gewisser Spielraum bei der Kalkulation der Tarife verbleiben. Erst die Praxis wird zeigen, welchen Realitätsgehalt entsprechende Schätzungen besitzen. Folglich konkurrieren künftig nicht die Krankenkasse A mit Zusatzbeitrag mit der Krankenkasse B ohne Zusatzbeitrag,

sondern die unterschiedlichen Tarifpakete der Kasse A mit den unterschiedlichen Tarifpaketen der Kasse B. Die Versicherten werden dabei mehr und nicht weniger Wahlmöglichkeiten haben. Da mehr Angebote nicht unbedingt mehr Transparenz bedeuten, wird auf Verbraucherschützer, Patientenvertreter und Journalisten viel Arbeit zukommen, um Licht in den Angebotsdschungel zu bringen.

Wettbewerb und Versorgungsangebote – neue Gestaltungsmöglichkeiten im Vertragsrecht

Die wettbewerbsfördernde Wirkung von neuen Versorgungstarifen in Richtung Qualität und Effizienz ist insbesondere davon abhängig, dass die Krankenkassen das Versorgungsgeschehen effizienter steuern als heute. Hierzu liefert das GKV-WSG zahlreiche neue Instrumente oder beseitigt Wettbewerbshindernisse. Neben den bereits erwähnten besonderen Versorgungsformen und der Integrationsversorgung können Krankenkassen künftig allein, in Kooperation mit anderen Kassen oder – wie heute – über ihre Verbände mit einzelnen Ärzten und Apotheken Verträge schließen, über Ausschreibungen preisgünstige Arznei- und Hilfsmittel einkaufen und Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen.

Der Kollektivvertrag erhält damit ernsthafte Konkurrenz durch den Individual- und Gruppenvertrag, auch wenn es bisher nicht gelungen ist, die stationäre Versorgung in ein wettbewerbliches Umfeld zu transformieren. Dafür konnten mit der Pflegereform erstmals Elemente von „Pay-for-Performance“ in die Qualitätssicherung integriert werden. Künftig können prinzipiell gleiche Honorare für ambulante ärztliche Leistungen nach Qualitätsparametern (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) differenziert werden. Das heißt, es können nicht nur kassenindividuelle Qualitätszuschläge gezahlt werden, sondern auch im Kollektivvertrag Differenzierungen vorgenommen werden. Speziell die KV Bayern hat von dieser Möglichkeit regen Gebrauch gemacht. Daneben werden die kassenindividuellen Vertragsmöglichkeiten in besonderen Versorgungsformen und in der Integrationsversorgung erweitert.

Die einzelwirtschaftliche Ebene wird also gegenüber dem traditionellen korporatistischen Geflecht gestärkt. Aufseiten der Kassen können neue Verbände entstehen und neben den Verbänden auch andere Dritte – zum Beispiel Managementgesellschaften – mit der Bündelung der „Einkaufsmacht“ beauftragt werden. Aufseiten der Ärzte hat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus dem Jahr 2006 den Weg frei gemacht für neue Kooperations-, Organisations- und Betriebsformen. Mit dem GKV-WSG wurde die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, speziell bei der hoch spezialisierten Behandlung und bei Diagnose und Therapie von seltenen Erkrankungen weiter gelockert, sodass sich auf allen Seiten neue Konfigurationen ergeben können.

Mancher Kritiker des GKV-WSG bezweifelt, dass das Gesetz zu einer Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Effizienz führt, speziell mit dem Hinweis auf das neue Honorarsystem für ambulante ärztliche Leistungen. Die Einführung einer Eurogebührenordnung auf der Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes schmälert sicherlich die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassenarten auf Landesebene, auf der heute noch kassenartenbezogene Gesamtverträge zu unterschiedlichen Punktwerten für ärztliche Leistungen führen. Der Gesetzgeber wollte aber allein historisch begründete Differenzierungen ohne Bezug zur Qualität und zur Wirtschaftlichkeit im Interesse eines kalkulierbaren Honorars für Ärzte und einer gleichen Behandlung der Versicherten unabhängig von der Kassenart beseitigen. Vielmehr sollen unterschiedliche Honorare primär Ausdruck unterschiedlicher Qualitätsanforderungen an ärztliches Handeln sein. Daher bleibt es im neuen Honorarsystem den Krankenkassen unbenommen, Zuschläge für die Erfüllung besonderer Qualitätskriterien zu vereinbaren.

Vor allem soll die Differenzierung zwischen den Kassen aber bei besonderen Versorgungsformen ansetzen. Dies gilt sowohl für Individual- wie Kollektivverträge zur hausärztlichen Versorgung als auch für qualitätsbezogene Verträge mit Arztgruppen. Hier wird es zu neuen Konkurrenzsituationen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen

und Berufsverbänden oder anderen ärztlichen Kooperationsformen kommen. Dabei wird sorgfältig darauf zu achten sein, dass Kassen-ärztliche Vereinigungen ihre Monopolstellung nicht dazu nutzen, das Wirken ihrer Wettbewerber einzuschränken und hierzu Finanzmittel aus öffentlich-rechtlichen Zwangsbeiträgen einzusetzen. Umgekehrt darf den Verbänden kein Erpressungsinstrument in die Hand gegeben werden, von den Krankenkassen höhere Vergütungen zu verlangen, ohne zusätzliche Leistungen, eine bessere Qualität oder sinnvolle Beschränkungen des Verordnungsverhaltens anzubieten. Die KVen sind aber schon dadurch privilegiert, dass sie eigene Dienstleistungsgesellschaften gründen und sich damit über die hoheitlichen Ordnungsfunktionen und die Interessenvertretung als „Gewerkschaften“ mit Pflichtmitgliedschaft ein eigenständiges Dienstleistungsprofil geben können. Darüber hinaus dürften KVen – wahrscheinlich dann in privater Rechtsform – wohl schon bald als Anbieter integrierter Dienstleistungen auftreten und damit selbst ihren Monopolanspruch in Frage stellen. So könnte sich schon bald eine produktive Konkurrenz um die bessere ambulante Versorgung – beispielsweise über Medizinische Versorgungszentren – zwischen Krankenhausträgern und KVen ergeben. Wir stehen hier erst am Anfang und nicht am Ende der Organisationsentwicklung. Folkloristische Protestformen und ideologische Warnungen vor einer „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitswesens werden diese Entwicklungsprozesse nicht aufhalten.

Kernpunkt möglicher Differenzierungen bei Kassen wie Leistungserbringern bleibt auf Sicht die Integrationsversorgung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung werden grundsätzlich fortgeschrieben und durch die Aufnahme der Pflegeversicherung zusätzlich erweitert. Durch die Klarstellung, dass die Finanzierung der Integrationsversorgung primär aus den gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Vergütungsformen zu erfolgen hat und dass die Anschubfinanzierung, die sich aus den Töpfen der Vertragsärzte und der Krankenhäuser speist, auf die speziellen Integrations- und Koordinierungsaufgaben konzentriert wird, erweitert sich der Spielraum

der Krankenkassen für Integrationsverträge. Diese Verträge sollen sich primär auf bevölkerungsbezogene Ansätze fokussieren, damit die bisherigen Insellösungen miteinander verbunden werden können und die Integrationsversorgung sich aus dem Orchideenstatus lösen und sich als wirkliche Regelversorgung etablieren kann. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 bietet sich die Chance, die bisherigen Integrationsprojekte kritisch zu beleuchten und daraus Schlüsse für die künftige Innovationspolitik einschließlich der Finanzierung von Forschung und Entwicklung zu ziehen. Ergänzt werden diese Gestaltungsmöglichkeiten durch die Neuregelungen im Arznei- und Hilfsmittelbereich, wo über Ausschreibungen zusätzliche Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden sollen. Die Bedingungen für diese Ausschreibungen werden so zu gestalten sein, dass zum einen eine flächendeckende Versorgung für die jeweiligen Versicherten einer Kasse garantiert sein muss, zum anderen die Abgabe der rabattierten Produkte durch Apotheken, Sanitätshäuser und andere Leistungserbringer gewährleistet ist. Zwar tun sich die Beteiligten und die Aufsichten sowie die Gerichte schwer, das Instrumentarium zielgerichtet einzusetzen, doch dürften zumindest die streitigen Rechtsfragen alsbald höchst-richterlich beantwortet sein.

Politische Defizite und rechtliche Grenzen des Wettbewerbs

Natürlich hätte man sich noch weitergehende Öffnungen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern vorstellen können. An Sonntagen wird im deutschen Gesundheitswesen stets eine möglichst weitgehende Deregulierung gefordert, an Werktagen türmen sich allerdings die Regulierungsvorschläge auf den Schreibtischen der Politik und der Administration. Von daher ist die Skepsis vieler politisch Verantwortlicher gegenüber Einkaufsmodellen der Krankenkassen zu verstehen. Sie ist nicht allein dem Zurückweichen vor dem Lobbyismus des KV-Systems oder der Krankenhäuser geschuldet. Ein Einkaufswettbewerb, der bei fairer Ausgestaltung immer auch ein Verkaufswettbewerb ist, könnte in Ballungsgebieten zur Reduzierung des Überangebots ebenso beitragen wie zur Qualitätssteigerung. Bisher liegen jedoch

wenige befriedigende Antworten vor, wie ein solcher Wettbewerb sich in dünn besiedelten Regionen ausgestalten lässt. Daher sind die Abschaffung der ärztlichen Bedarfsplanung und der Wegfall des Kontrahierungszwangs im ambulanten ärztlichen Bereich (noch) nicht konsensfähig. In der stationären Versorgung leisten die Bundesländer – unabhängig von der jeweiligen Parteienkonstellation – bei der Anpassung des ordnungspolitischen Rahmens für das DRG-System inhaltlichen Widerstand gegen Kompetenzeinbußen bei der Krankenhausbedarfsplanung, gegen Vorgaben für die Investitionsfinanzierung, gegen die Lockerung des Kontrahierungszwangs und gegen die Einräumung wettbewerblicher Spielräume, beispielsweise über die Ausgestaltung der DRG als Höchstpreise oder über die Einführung von Vertragspreisen bei elektiven Eingriffen. Von der Überwindung des Widerstands, der längst nicht mehr fachlich zu begründen ist und der der als schutzbedürftig deklarierten Klientel in der Regel mehr schadet als nützt, wird es entscheidend abhängen, ob der Weg in eine wettbewerbliche Ausgestaltung der Vertragspolitik konsequent weitergegangen wird.

Grenzpfeiler dieses Weges markieren das Wettbewerbs- und Kartellrecht, deren Grundgedanken auch im Gesundheitswesen zu beachten sind. Das GKV-WSG hat den §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zumindest mittelbar Geltung verschafft. Der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung, die Diskriminierung oder der Boykott von Vertragspartnern, Leistungen und Produkten sind unzulässig. Die Ahndung und Kontrolle solcher Wettbewerbsverstöße ist zwischen Aufsichts- und Kartellbehörden ebenso streitig wie der Rechtsweg zur gerichtlichen Überprüfung. Aus Sicht des Verfassers darf er nicht den Zivilgerichten überlassen werden, da diese nicht mit den sozialpolitischen Zielsetzungen der GKV und den Besonderheiten des Gesundheitswesens (zum Beispiel der Sicherstellung) vertraut sind. Hier bleibt die Sachkenntnis der Sozialgerichte gefordert. Die Entwicklung des Marktverhaltens von Krankenkassen und Leistungserbringern wird in der nächsten Zeit sorgfältig beobachtet werden. Über weitere Schritte, wie ein fairer und funktionaler Wettbewerb sowohl auf der

Seite der Krankenkassen als auch aufseiten der Leistungserbringer auszuweisen hat, wird die Politik erst nach sorgfältiger Abwägung möglicher Konsequenzen – beispielsweise im Hinblick auf Europa – entscheiden können.

Wettbewerb und Regulierung – der Blick nach vorn

Das GKV-WSG öffnet Türen für eine neue Ausgestaltung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Dahinter liegen neue Welten. Wie diese Welten aussehen werden, bestimmen in erster Linie die Akteure des Gesundheitswesens selbst durch ihr konkretes Handeln. Von diesem Handeln wird es abhängen, ob sich der Wettbewerb von einem auf Risikoselektion ausgerichteten Preiswettbewerb hin zu einem Wettbewerb um die bessere Versorgungsqualität und um ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis fortentwickelt.

Der Gesetzgeber wird weiterhin Aktivitäten zur Ausrichtung des Wettbewerbs auf eine bessere Befriedung des Bedarfs und der Bedürfnisse unterschiedlicher Versicherten- und Patientengruppen im Gesundheitswesen und zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung positiv begleiten. Er wird aber auch nicht zögern, missbräuchliche Entwicklungen einzudämmen und unerwünschte Erscheinungsformen des Wettbewerbs zu bekämpfen.

Wettbewerb unter den Bedingungen des GKV-WSG steht ungeachtet aller interessengeleiteter Kritik allein auf dem Prüfstand des Praxistests, inwieweit die gesundheitspolitischen Ziele wie Qualität, Effizienz und Solidarität erreicht werden. Andere Kriterien, insbesondere die institutionellen und monetären Interessen der Akteure, sind und bleiben demgegenüber zweitrangig. Wettbewerb ist demnach für den Verfasser kein Selbstzweck, keine Ideologie, kein eigenständiges ordnungspolitisches Merkmal, sondern stets ein Instrument zur funktionalen Steuerung eines wertegebundenen solidarischen Gesundheitssystems.

Literatur:

Wille, E., und K. Knabner (Hrsg.) (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen. Frankfurt/Main: Lang 2008.

Göpffarth, D., S. Gress, K. Jacobs und J. Wasem (Hrsg.) (2007): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard 2007.

