

Cassel, Dieter; Jacobs, Klaus

Article — Published Version

Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Cassel, Dieter; Jacobs, Klaus (2006) : Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 86, Iss. 5, pp. 283-288,
<https://doi.org/10.1007/s10273-006-0511-2>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/42651>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung

Bisher stand bei den Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung die Finanzierungsseite im Vordergrund, nun will sich die Bundesregierung auf die Leistungsseite konzentrieren. Wie kann mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen etabliert werden? Welche Erfahrungen wurden damit im Ausland gemacht? Welche Rolle sollen zukünftig die Kassenärztlichen Vereinigungen spielen? Was bedeutet mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen für die gesetzlichen Krankenkassen?

Dieter Cassel, Klaus Jacobs

Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der Diskussion um eine grundlegende Reform des deutschen Gesundheitswesens steht die Finanzierung des GKV-Systems nach wie vor im Vordergrund. Ohne ergänzende Reformen zur Neugestaltung der Leistungserbringung bliebe das Reformwerk jedoch unvollständig und würden die beklagten Mängel in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen nicht behoben. Denn zur Vermeidung von Qualitätsdefiziten und Unwirtschaftlichkeiten trägt die Umstellung des Finanzierungssystems allein nichts bei. Soll das Leistungsgeschehen medizinisch effektiver, wirtschaftlich effizienter und patientengerechter werden und sollen die Gesundheitsmärkte in den europäischen Binnenmarkt integrierbar sein, ist die überbordende staatliche und verbandskollektivistische Regulierung mit ihrem derzeitigen „Steuerungswirrwarr“ zugunsten eines intensiven Leistungswettbewerbs in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu überwinden.

Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen bilden Versicherte bzw. Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringer ein Beziehungsdreieck, aus dem sich drei zentrale Märkte mit möglichen Wettbewerbsfeldern ableiten lassen (vgl. Abbildung 1):

- **Behandlungsmarkt** – auf ihm konkurrieren die Leistungserbringer vorwiegend mit der Art und Qualität ihrer Leistungen um die Patienten. Da Ärzte und Krankenhäuser für sich und ihre Leistungen derzeit nur beschränkt werben und die Versicherungen keine Auskunft über ihre fachliche Befähigung geben dürfen, bleibt die wahre Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen vielfach im Dunkeln. Würden die Kassen die Leistungserbringer selektiv unter Vertrag nehmen und ihre Versicherten an diese binden können, müssten sich niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser um mehr Qualität und Transparenz in der Leistungs-

erbringung bemühen. Denn sie wären jederzeit von der Kündigung ihrer Versorgungsverträge bedroht.

- **Versicherungsmarkt** – auf ihm konkurrieren die Kassen seit der Freigabe der Kassenwahl 1996/97 mit unterschiedlichen Organisationsformen der Leistungserbringung, mit Serviceleistungen und insbesondere mit der Höhe ihrer Beitragssätze um die Versicherten. Dagegen ist der Leistungsumfang, der allen GKV-Versicherten eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung im Krankheitsfall garantiert (§ 12 (1) SGB V), für alle Krankenkassen gleichermaßen verbindlich und ausdrücklich nicht Gegenstand des Kassenwettbewerbs.
- **Leistungsmarkt** – auf ihm würden die Kassen als Sachwalter ihrer Versicherten einerseits sowie Ärzte und Krankenhäuser als Leistungserbringer andererseits um die Vergabe von Versor-

gungsaufträgen konkurrieren, wenn nicht das dichte Netz der normativen Vorgaben im derzeitigen GKV-System wie ein „Kontrahierungszwang“ zwischen Kassen und Leistungserbringern bzw. ihren Verbänden wirken würde. Denn die Kassen haben zur Erbringung der ambulanten und stationären Sachleistungen grundsätzlich den zur Versorgung zugelassenen Leistungserbringer zu akzeptieren und zu honorieren, den sich der Versicherte im Krankheitsfall aussucht. Dies verhindert, dass einzelne Kassen mit einzelnen (Gruppen von) Leistungserbringern Verträge über die Gestaltung und Honorierung von Gesundheitsleistungen schließen („selektives Kontrahieren“) und beide Seiten in einem Wettbewerb um Leistungsverträge eintreten können.

Wettbewerbsdefizite auf dem Leistungsmarkt

Während somit der Behandlungs- und Versicherungsmarkt schon im bestehenden GKV-System wettbewerbsmäßig geordnet sind, stellt der GKV-Leistungsmarkt praktisch einen „wettbewerbsmäßigen Ausnahmehereich“ dar. Damit bleibt aber auch der Kassenwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt wegen der zwischen den Märkten bestehenden funktionalen Interdependenz insoweit funktionslos, als sich die Kassen gegenüber den GKV-Versicherten nicht mit speziellen Leistungsangeboten profilieren und die Versicherten nicht ihren Präferenzen gemäß unter kassenindividuellen Angeboten wählen können. Hierdurch wird die Chance vertan, im wettbewerbsmäßigen Zusammenspiel der Märkte eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung als bisher zu gewährleisten.

Die Kassen bzw. Kassenarten sind derzeit rechtlich verpflichtet,

z.B. bei Vertragsvereinbarungen in der ambulanten Versorgung mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV bzw. KZV) „gemeinsam und einheitlich“ vorzugehen. Am Kartellrecht gemessen, ist diese Verpflichtung wettbewerbswidrig.

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Dieter Cassel, 66, lehrt Wirtschaftspolitik an der Mercator School of Management (MSM) der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg, und war langjähriger Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik – Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Dr. Klaus Jacobs, 49, ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Bonn und Mitglied im Ausschuss für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik – Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Dr. Stefan Greß, 38, ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Prof. Dr. Jürgen Wasem, 46, ist Inhaber dieses Lehrstuhls.

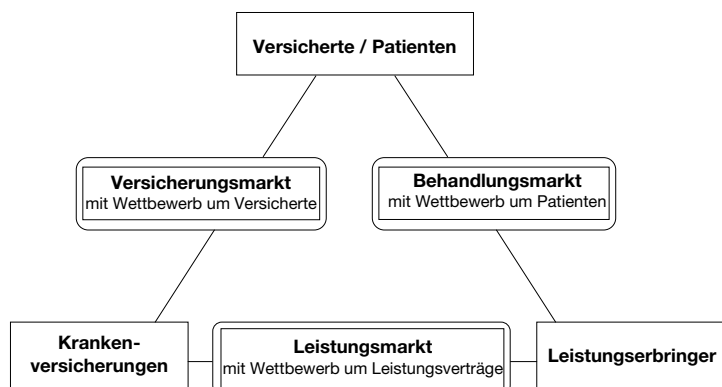
Dr. Andreas Köhler, 45, ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Prof. Dr. Norbert Klusen, 58, ist Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse in Hamburg und Honorarprofessor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Westsächsischen Hochschule Zwickau.

Denn Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt verlangt, dass die Kassen Versorgungs- und Vergütungsformen mit den Leistungsanbietern frei vereinbaren und sich im Wechselspiel von Innovation und Imitation bewähren können. Solange aber der Gesetzgeber Kassen und Leistungserbringer zur Bildung von Verbändekartellen zwingt und diesen ein Vertrags- und Vergütungsmonopol einräumt, findet auf dem Leistungsmarkt kein Wettbewerb um kassen- und versorgerindividuelle Leistungsverträge statt (vgl. Abbildung 2).

Deshalb müsste die Verpflichtung der Kassen, Ärzte und Krankenhäuser zum Abschluss von Kollektivverträgen auf der operativen Ebene aufgehoben und den Beteiligten weitgehend Freiheit zu selektivem Kontrahieren gewährt werden. Nur dann könnten die Kassen ihre Sachwalterrolle gegenüber den Versicherten wahrnehmen und in deren Interesse medizinische und wirtschaftliche Gestaltungsziele verfolgen, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung gewährleisten, den Beitragssatz konkurrenzfähig halten und sich mit alledem gegenüber ihren Versicherten profilieren. Und nur dann würde es sich für Anbieter von Versorgungsleistungen lohnen, innovative medizinbetriebliche Versorgungskonzepte zu entwickeln und als bevorzugter Vertragspartner von Kassen zugleich ihre Wettbewerbsposition am Behandlungsmarkt zu verbessern. Dazu bedarf es zwar eines gesetzlich vorgegebenen, für alle Kassen gleichen Leistungsrahmens, nicht aber wie bisher einheitlicher administrativ vorgegebener und kollektivvertraglich vereinbarter Detailregulierungen des Leistungsgeschehens, einschließlich dessen Vergütung.

Abbildung 1
Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Weitgehende Rechte zu selektivem Kontrahieren vorausgesetzt, würden die Kassen einerseits mit der Zeit spezifische, für sie typische und unverwechselbare Versorgungsstrukturen aufbauen; andererseits würden neue Gesundheitsunternehmen oder Versorgungsnetze entstehen, in denen sich Arztpraxen, Krankenhäuser, Reha-, Präventions- und Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Optiker usw. zusammenschließen und untereinander um Verträge zur Erbringung ihrer Leistungen für einzelne Kassen konkurrieren. Hierdurch erhielten die Kassen Einfluss auf die Struktur und Vergütung des Leistungsgeschehens – wie auch die Leistungserbringer ihrerseits den Kassen gegenüber speziell organisierte Versorgungsleistungen anbieten könnten. Dabei sollte es möglich sein, dass sich die Vertragsinhalte sowohl auf komplexe medizinische Leistungsangebote, kooperative Versorgungsformen, besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und anzuwendende Therapiestandards als auch auf Honorierungsformen und Preise von Leistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln beziehen.

Erste Reformschritte

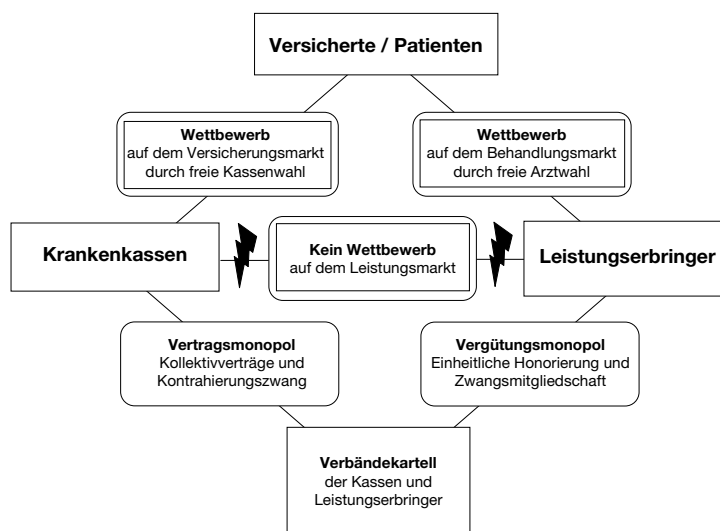
Die Partner der großen Koalition von CDU/CSU und SPD haben Wirtschaftsdienst 2006 • 5

in ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 vereinbart, das GKV-System künftig stärker wettbewerblich auszurichten. Sie haben damit anerkannt, dass sich Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch wettbewerbliche Such- und Entdeckungsverfahren wirksamer und nachhaltiger erzielen lassen als durch die bislang dominierenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Steuerungsstrukturen. Dementsprechend wurden schon in früheren Reformgesetzen

– insbesondere im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 – bestimmte „Vertragsinseln“ für selektive Vereinbarungen innerhalb des Kollektivvertragssystems geschaffen, von denen drei im Folgenden kurz betrachtet werden sollen.

Der mit dem GMG neu eingeführte § 73 b SGB V betrifft die hausarztzentrierte Versorgung. Danach haben die Versicherten einer Kasse Anspruch auf ein Angebot zur hausarztzentrierten Versorgung, bei der sie sich für mindestens ein Jahr verpflichten müssen, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dafür können sie einen Bonus in Form reduzierter Zuzahlungen oder ermäßigter Beiträge erhalten. Eingeschriebene Versicherte können aus einem Angebot an „besonders qualifizierten Hausärzten“ wählen, mit denen ihre Kasse im Rahmen einer Ausschreibung auf der Grundlage objektiver Auswahlkriterien einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Die Kassen

Abbildung 2
Wettbewerbsdefizite auf dem GKV-Leistungsmarkt



können nur zugelassene Hausärzte und medizinische Versorgungszentren (MVZ) unter Vertrag nehmen, müssen dies jedoch nur in dem Umfang tun, der zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung erforderlich ist; ein allgemeiner Kontrahierungszwang für alle zugelassenen Hausärzte besteht somit nicht. Das „Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung“ einschließlich besonderer personeller und sachlicher Anforderungen sowie ihrer Vergütung ist in Gesamtverträgen der Kollektivvertragsparteien zu vereinbaren. Dabei ist auch zu regeln, ob und wie diese Vergütung auf die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung angerechnet wird. Damit beschränkt sich der vertragliche Freiraum der Kassen praktisch nur auf die Auswahl der beteiligten Hausärzte (wobei alle anderen kraft ihrer Zulassung weiterhin an der „allgemeinen“ vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen).

Eine weitere, ebenfalls mit dem GMG eingeführte Gesetzesvorschrift (§ 116 b SGB V) erlaubt Krankenkassen und ihren Verbänden, mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen zu schließen. Im Gesetz selbst sowie durch eine Ergänzung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Spitzenverbände der Krankenkassen und Leistungserbringer ist genau festgelegt, für welche Leistungen bzw. Erkrankungen dies gilt. Das „Nähere über die Durchführung der Versorgung“ ist der selektivvertraglichen Regelung vorbehalten, deren konkrete Gestaltung damit vergleichsweise frei ist. Und auch zur Vergütung der ambulanten Leistungen im Krankenhaus hat der Gesetzgeber

lediglich vorgegeben, dass sie „der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen“ habe.

Die größte Beachtung hinsichtlich der vertragswettbewerblichen Freiräume finden gemeinhin die Vorschriften zur integrierten Versorgung (IV) (§§ 140 a ff. SGB V), die bereits 2000 in Kraft traten, jedoch im Rahmen des GMG noch einmal grundlegend modifiziert wurden. Die Legaldefinition von integrierter Versorgung ist weit gefasst und bezieht sich auf „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“, die einzelne Krankenkassen mit einzelnen oder Gruppen von jeweils sektoral zugelassenen Leistungserbringern bzw. mit Trägern, die eine integrierte Versorgung durch solche Leistungserbringer anbieten, vereinbaren können. Durch die Befreiung von zahlreichen Gesetzesvorschriften, einschließlich der Einschränkung der sektoralen Sicherstellungsaufträge, werden weitreichende Dispositionsfreiräume geschaffen. Diese betreffen auch die Vergütung, die von den Vertragspartnern frei ausgehandelt werden kann und gegebenenfalls die Gesamtbudgetverantwortung für die teilnehmenden Versicherten einschließt.

Zur Förderung der integrierten Versorgung kann jede Kasse im Zeitraum von 2004 bis 2006 bis zu jeweils 1% der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen einbehalten („Anschubfinanzierung“). Wenn diese Mittel ausgeschöpft sind bzw. die Regelung ausgelaufen ist, haben die Kollektivvertragspartner eine Bereinigung der Gesamtvergütung sowie Kürzungen vereinbarter Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel entspre-

chend der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten vorzunehmen. Für Versicherte ist die Teilnahme an Integrationsmodellen freiwillig; sie können für ihre Teilnahme einen Bonus in Form reduzierter Zuzahlungen oder ermäßigter Beiträge erhalten.

Eingeschränkte Wirksamkeit

Was ist bislang geschehen? Verträge zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus wie zur hausarztzentrierten Versorgung wurden bisher nur vereinzelt geschlossen. Allerdings haben einige Krankenkassen Vertragskonstellationen mit einer Kombination von hausarztzentrierter und integrierter Versorgung geschaffen, die sich die größeren Vertragsspielräume und nicht zuletzt die Inanspruchnahmemöglichkeit der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zunutze machen. Dagegen kann das Vertragsgeschehen in der integrierten Versorgung selbst als durchaus lebhaft bezeichnet werden – zumindest was die Anzahl mittlerweile geschlossener Vereinbarungen angeht, die Ende März 2006 über 2100 betrug und damit den Vorjahreswert um rund 1500 übertraf.

Warum es kaum Verträge zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus gibt, ist leicht verständlich: Aus Kassensicht sind entsprechende Verträge unattraktiv, solange sie eine bloße „Add-on-Vergütung“ zu den ohnehin bereits geleisteten Kollektivvergütungen bedeuten, weil keine Refinanzierungsmöglichkeiten bestehen. Obwohl ambulante Behandlungen im Krankenhaus ambulant-vertragsärztliche oder stationäre Leistungen substituieren, sind bei den diesbezüglichen Kollektivregelungen weder entsprechende Bereinigungen bei der Vergütung noch bei der zentralen Kapazitäts-

(„Bedarfs“-)Planung vorgesehen. Dass die Kassen unter diesen Bedingungen keinen Anreiz zu entsprechenden Verträgen haben, liegt auf der Hand. Grundsätzlich ähnlich verhält es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung, die reine „Add-on-Zahlungen“ nur dann vermeidet, wenn sich die Kollektivvertragspartner auf eine Anrechnung der Hausarztvergütung auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung verständigen. Hieran können die Kassenärztlichen Vereinigungen verständlicherweise jedoch kaum Interesse haben. Da zudem auch die wesentlichen Inhalte der hausarztzentrierten Versorgung einschließlich ihrer Vergütung Gegenstand von Kollektivvereinbarungen ist, sind von dieser Regelung keine substantiellen wettbewerblichen Impulse zu erwarten.

Anders verhält es sich bei der integrierten Versorgung: Durch das „1%-Budget“ der Anschubfinanzierung besteht nur bei dieser einzelwirtschaftlichen Vertragsoption eine – wenn auch umfänglich und zeitlich begrenzte – Möglichkeit der Refinanzierung und damit der Vermeidung von Doppelvergütungen. Dies ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Realisierung von Effizienzpotenzialen, die ein zentrales Ziel der Schaffung vertragswettbewerblicher Freiräume darstellt. Allerdings darf die beachtlich anmutende Zahl von Vertragsabschlüssen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die meisten der bislang geschlossenen Integrationsverträge äußerst kleinteiliger Natur sind. Vorherrschend sind insbesondere sektorübergreifende Leistungskomplexe, bei denen in der Regel Kombinationen von Einzelleistungen aus verschiedenen Versorgungssektoren zusammengefasst und – meist ergänzt durch gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen – zu einer gegenüber dem

sektoralen Status quo insgesamt preisgünstigeren Komplexpauschale angeboten werden. Ein klassisches Beispiel ist etwa die stationäre Akutversorgung mit Hüft- oder Knieendoprothesen einschließlich stationärer bzw. ambulanter Anschlussrehabilitation. Für Vertragsabschlüsse dieser Art, die sich immer nur auf ein kleines Segment des Versorgungsgeschehens beziehen, ist der Aufwand jedoch unverhältnismäßig hoch. Zudem handelt es sich letztlich um nichts anderes als eine neue Form der „klassischen“ Einzelleistungsvergütung, wobei die jeweiligen Einzelleistungen im Vergleich zur sektoralen Versorgung lediglich umfassender definiert sind. Es ist jedoch eine gesundheitsökonomische Grunderkenntnis, dass Einzelleistungsvergütungen bei den Leistungsanbietern Anreize zu unerwünschter Mengenausweitung setzen.

Deutlich weniger verbreitet ist bislang ein Vertragstypus der integrierten Versorgung, der das Problem drohender Mengenausweitung vermeidet, indem der vereinbarte Versorgungsauftrag populationsbezogen definiert und vergütet wird. Solche Verträge können indikationsspezifisch sein – etwa für Versicherte mit Rheumakerkrankungen oder psychischen Beeinträchtigungen –, aber auch indikationsunspezifisch das gesamte Leistungsspektrum der GKV umfassen. Allerdings erfordert die Entwicklung entsprechender Vertrags- und Vergütungsstrukturen einer integrierten Vollversorgung, vor allem aber auch der dazu erforderlich medizinbetrieblichen Organisationsstrukturen erheblichen Investitionsbedarf, den angesichts unklarer Refinanzierungsmöglichkeiten nach Ablauf der auf nur drei Jahre befristeten Anschubfinanzierung bislang kaum ein Investor zu tragen bereit war.

Reformvorschläge für mehr Vertragswettbewerb

Diese selektiven Vertragsoptionen folgen jedoch keinem vertragswettbewerblichen Gesamtkonzept,¹ sondern sind quasi ein „Appendix“ der nach wie vor bestehenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Regelungen des GKV-Leistungsgeschehens. Weil sie sich meist an deren Grundlogik orientieren, sind sie auch durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet und stellen einen bunten Strauß von „Partikularlösungen“ dar. Eine Ausnahme davon bilden allenfalls die Vorschriften zur integrierten Versorgung aufgrund fehlender Anknüpfungsmöglichkeit an vorhandene vor-wettbewerbliche Regelungen. Deshalb sollten diese Regelungen in Zukunft die gesetzliche Grundlage für alle selektiven Vertragsoptionen bilden, also nicht nur – wie derzeit – für Verträge zur integrierten Versorgung, sondern auch für sektorale Selektivverträge zwischen einzelwirtschaftlichen Vertragspartnern. Aus diesem Grund sollte die Anschubfinanzierung nicht nur um fünf Jahre verlängert, sondern auch auf 2% der Kollektivvergütungen ausgeweitet werden.

Aus den bisherigen Erfahrungen mit selektiven Vertragsoptionen kann vor allem ein Schluss gezogen werden: Vertragswettbewerbliche Impulse zu vermehrter Effizienz der Gesundheitsversorgung

¹ Zum Konzept des „Vertragswettbewerbs“ und seinen reformpolitischen Implikationen siehe Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Joachim Szecseny, Jürgen Wasem: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Bonn, März 2003; Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze, Jürgen Wasem: Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Bonn, Mai 2006.

können nur entstehen, wenn die in den verschiedenen Leistungssektoren bestehenden Kollektivvereinbarungen um die in Selektivverträgen vereinbarten Versorgungsleistungen bereinigt werden – und dies ohne Mitwirkungsrecht und Zustimmungsvorbehalt der jeweiligen Kollektivvertragsparteien. Dies gilt insbesondere für die Leistungsvergütung, weil anderenfalls Selektivverträge automatisch zu „Add-on-Vergütungen“ führen und von vornherein die Identifizierung und Ausschöpfung von Effizienzreserven der Gesundheitsversorgung erschweren oder gar gänzlich verhindern würden. Dabei muss der Gesetzgeber klarstellen, dass die Kollektivvergütungen jeweils um

den Betrag bereinigt werden, den die selektivvertraglich vereinbarten Leistungen im Rahmen der sektoralen Versorgung gekostet hätten. Nur so können Effizienzgewinne realisiert und an die teilnehmenden Versicherten weitergegeben werden.

Für die Versicherten bedeutet das Angebot an selektiv vereinbarten Versorgungsformen eine Erweiterung ihrer individuellen Wahloptionen. Wenn sie an den spezifischen Qualitäts- und Effizienzgewinnen entsprechender Angebotsformen partizipieren wollen, müssen sie sich allerdings für eine bestimmte Zeit an diese Programme binden, weil sonst bei den Vertragspartnern keine

hinreichende Planungssicherheit besteht. Schließlich sollten die Kassen die Möglichkeit erhalten, Selektivverträge auch mit solchen Leistungsanbietern zu schließen, die keine Zulassung im Rahmen der sektoralen Kollektivsysteme haben bzw. anstreben; auch dies würde die Wettbewerbsdynamik vermutlich noch einmal deutlich erhöhen.

Diese Vorschläge ließen sich bei der anstehenden Gesundheitsreform relativ einfach und vor allem kurzfristig umsetzen. Dies setzt freilich voraus, dass mehr Wettbewerb um Versorgungsverträge am Leistungsmarkt tatsächlich gewünscht ist und entsprechende Ankündigungen der großen Koalition keine bloße Rhetorik waren.

Stefan Greß, Jürgen Wasem

Vertragswettbewerb in der Gesundheitsversorgung – Lehren aus dem Ausland

In der Diskussion um die Gesundheitsreform 2006 hat die Reform der Leistungsseite lange eine untergeordnete Rolle gespielt. Vorherrschend ging es in dieser Diskussion vielmehr um die Reform der Finanzierungsseite. Die Koalitionspartner hatten sich jedoch im Koalitionsvertrag dafür ausgesprochen, die Gesundheitsversorgung durch die Schaffung flexiblerer Rahmenbedingungen konsequent wettbewerblich auszurichten. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen dazu stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können.¹

Für die Operationalisierung des Ziels wettbewerblicher Ausrichtung der Gesundheitsversorgung lohnt ein Blick ins Ausland.² Insbe-

sondere die Niederlande und die Schweiz weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten mit dem deutschen Gesundheitssystem auf, so dass sich ein Vergleich lohnt. In beiden Ländern gibt es konkurrierende Krankenversicherer und eine Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb der Krankenversicherer reguliert. Ziel dieses Beitrags ist es erstens darzustellen, welche Auswirkungen dieser Wettbewerb in den beiden Ländern hat. Zweitens analysieren wir, welche Lehren aus diesen Erfahrungen für eine stärkere wettbewerbliche

Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems zu ziehen sind.

Vertragswettbewerb in den Niederlanden

Der Gesetzgeber in den Niederlanden hat bereits Mitte der neunziger Jahre damit begonnen, das Gesundheitssystem stärker wettbewerblich auszurichten.³ Seitdem haben die Krankenversicherer ihre regionalen Monopole verloren, und Versicherte können frei zwischen den Krankenversicherern wählen.⁴ Die Krankenversicherer unterliegen einem Kontrahierungszwang, dürfen also keine Versicherten ablehnen. Die Prämien müssen unabhängig vom gesundheitlichen Risiko kalkuliert werden. Seit der jüngsten Krankenversicherungs-

¹ Vgl. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, Rz. 4340 ff.

² Für Konzepte zur Umsetzung in Deutschland vgl. den Beitrag von Dieter Cassel und Klaus Jacobs in diesem Heft.

reform in diesem Jahr werden die Ausgaben der Krankenversicherer in etwa zu gleichen Teilen aus einer einkommensabhängigen Prämie und einer Pauschalprämie finanziert. Preislicher Wettbewerbsparameter für die Krankenversicherer ist jedoch ausschließlich die Pauschalprämie, bei deren Höhe zwischen den Krankenversicherern Unterschiede bestehen. Die Höhe der einkommensabhängigen Prämie ist landesweit identisch.⁵

Zentral für die Wettbewerbsordnung in den Niederlanden ist die sukzessive Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Aufgabe des Risikostrukturausgleichs ist die Neutralisierung von Anreizen zur Risikoselektion. Die Krankenversicherer erhalten für kranke Versicherte höhere Zuweisungen als für gesunde Versicherte. Durch den Ausgleich des Morbiditätsrisikos – nicht der tatsächlichen Ausgaben – haben Krankenversicherer Anreize, in die optimierte Versorgung ihrer Versicherten zu investieren.

Seit Mitte der neunziger Jahre haben die Krankenversicherer in den Niederlanden auch die Möglichkeit, Einzelverträge mit Leistungsanbietern zu schließen. Dieser Vertragswettbewerb war allerdings bis Ende 2005 auf ambulant tätige Leistungsanbieter beschränkt – vor allem Hausärzte, Fachärzte und Physiotherapeuten.

³ Wir danken der Hans-Böckler-Stiftung für die finanzielle Förderung von zwei Forschungsprojekten in diesem Zusammenhang.

⁴ Vgl. ausführlicher S. Greß: Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande, Frankfurt, New York, Campus 2002; und F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven: Rationing and Competition in the Dutch Health Care System; in: Health Economics, 14, 2005, (S1), S. 59-74.

⁵ Zur Krankenversicherungsreform 2006 vgl. ausführlicher S. Greß, P. Groenewegen, K. Hoepfner: Die Reform-Mühle dreht sich wieder, in: Gesundheit und Gesellschaft, 8 (2), 2005, S. 20-25.

Erst seit Beginn des Jahres 2006 können die Krankenversicherer auch Einzelverträge mit Krankenhäusern schließen. Der Gesetzgeber hat darüber hinaus den Gestaltungsspielraum in diesen Einzelverträgen stark beschränkt. Die Preise für die Leistungen sind nur in sehr engen Grenzen verhandelbar. Außerdem haben die Krankenversicherungen – ähnlich wie in Deutschland – keinen Einfluss auf die Krankenhausplanung.

Die Auswirkungen der seit Mitte der neunziger Jahre umgesetzten wettbewerblichen Reformen hielten sich zumindest bis Ende des Jahres 2005 in Grenzen. Die Krankenversicherer machten kaum von ihrem Recht zum Abschluss von Einzelverträgen Gebrauch. Die Ursache hierfür ist nicht nur im relativ geringen Gestaltungsspielraum beim Abschluss von Einzelverträgen zu sehen. Wahrscheinlich gravierender ist die Tatsache, dass den Krankenversicherern in den Niederlanden eine vergleichsweise geringe Anzahl von potenziellen Vertragspartnern gegenübersteht. Die Kapazitäten in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung sind derart knapp, dass es immer wieder zu längeren Wartezeiten kommt.⁶ Da die Krankenversicherer für die Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind, sind sie daran interessiert, Verträge mit möglichst vielen Anbietern abzuschließen. Der Inhalt dieser Verträge unterscheidet sich kaum voneinander. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass die Versicherten bislang kaum Unterschiede zwischen den Krankenversicherern wahrnahmen und die Konsumentenmobilität relativ gering war.⁷ Dies hat sich jedoch nach der

⁶ Vgl. L. Siciliani, J. Hurst: Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries, in: OECD Economic Studies, 38, 2004, S. 95-124.

jüngsten Krankenversicherungsreform geändert. Erste Schätzungen gehen davon aus, dass als Folge der Reform ein Viertel der Versicherten ihren Krankenversicherer gewechselt hat. Diese erhöhte Konsumentenmobilität ist bisher allerdings ausschließlich die Folge des verschärften Preiswettbewerbs zwischen den Krankenversicherern.

Vertragswettbewerb in der Schweiz

Ähnlich wie in den Niederlanden hat auch der Gesetzgeber in der Schweiz das System der Krankenversicherung Mitte der neunziger Jahre grundlegend reformiert. Seitdem dürfen die Krankenversicherer keine risikoabhängigen Prämien mehr kalkulieren und keine Versicherten ablehnen. Die Prämien sind einkommensunabhängig und unterscheiden sich in der Höhe zwischen den Krankenversicherern. Eine einkommensabhängige Prämie wie in den Niederlanden gibt es in der Schweiz nicht.

Auch in der Schweiz gibt es einen Risikostrukturausgleich, der allerdings wesentlich gröber als in den Niederlanden ist. Die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich basieren nicht – wie in den Niederlanden – auf Informationen über die Morbidität der Versicherten. Es werden lediglich relativ grobe Ausgleichsparameter – Alter und Geschlecht – verwendet. Alter und Geschlecht prognostizieren jedoch das Erkrankungsrisiko von Versicherten nur sehr schlecht.⁸ Daher verbleiben beträchtliche Anreize für Krankenversicherer zur Risikoselektion.

⁷ Vgl. T. Laske-Aldershof, F. T. Schut, K. Beck, S. Greß, A. Shmueli, C. Van de Voorde: Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets: A Five-Country Comparison; in: Applied Health Economics and Health Policy, 3(4), 2004, S. 229-41.

Während der Gesetzgeber in den Niederlanden zunächst einen Sektor der gesundheitlichen Versorgung für den Vertragswettbewerb freigegeben hat – die ambulante ärztliche Versorgung – wurde in der Schweiz ein anderer Ansatz gewählt. Die Versicherten können zwischen normalen Tarifen und Managed-Care-Tarifen wählen. In den normalen Tarifen müssen die Krankenversicherer alle zugelassenen Leistungserbringer zu den gesetzlich vorgeschriebenen Konditionen unter Vertrag nehmen. In den speziellen Managed-Care-Tarifen dürfen die Krankenversicherer jedoch den Kreis der Leistungserbringer selbst bestimmen und auch die Vertragsinhalte frei verhandeln. Im Gegenzug können die Krankenversicherer denjenigen Versicherten, die einen solchen Tarif wählen, Prämienrabatte einräumen.

Seit Einführung des Vertragswettbewerbs in der Schweiz haben sich auf dem Markt zwei Vertragsmodelle herausgebildet. Erstens gehen Krankenversicherer Verträge mit Arztnetzen ein, die in der Regel von Hausärzten dominiert werden. Der Kreis der Leistungserbringer ist in diesen Verträgen in der Regel relativ groß. In diesen Verträgen gelten die gesetzlichen Vergütungsregelungen, und eine aktive Steuerung der Versorgung durch den Krankenversicherer oder die Netzmanager findet in der Regel nicht statt. Zweite Versorgungsform sind HMOs (Health Maintenance Organizations). In Verträgen mit HMOs überträgt der Krankenversicherer der HMO den Versorgungsauftrag für eine festgelegte Anzahl von Versicherten. Im Gegenzug erhält die HMO eine vertraglich festgelegte Pauschale

pro eingeschriebenem Versicherten. Die Steuerung der Versorgung erfolgt durch die HMO, der Krankenversicherer überwacht allenfalls, ob vertraglich vereinbarte Qualitätsstandards eingehalten werden. Der Marktanteil (Anteil der Ausgaben in diesen Tarifen an allen Ausgaben der Krankenversicherer) von Tarifen mit Arztnetzen liegt landesweit im Durchschnitt bei etwa 5% – in eher ländlichen Regionen bei bis zu 16%. Der Marktanteil von Tarifen mit HMOs liegt landesweit im Durchschnitt bei etwa 2% – in eher städtischen Regionen bei bis zu 5%.⁹ Es ist inzwischen erwiesen, dass HMOs bei konstanter Qualität und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Morbiditätsstruktur der eingeschriebenen Versicherten deutliche Kosteneinsparungen erreichen konnten.¹⁰ Versorgungsmodelle mit Arztnetzen konnten – unter Berücksichtigung von Selektionseffekten (eher gesündere Versicherte haben die Modelle gewählt) – keine Kostenvorteile erzielen.¹¹

Vor dem Hintergrund der nachgewiesenen Effizienzvorteile von HMOs verwundert es, dass der Marktanteil dieser Versorgungsform noch immer relativ klein ist. Eine nahe liegende Erklärung dürfte sein, dass Versicherte auch für wahrnehmbare Prämienrabatte nicht darauf verzichten wollen, alle zugelassenen Leistungsanbieter in Anspruch nehmen zu können. Außerdem ist auch der Anreiz für Ärzte zur Teilnahme an HMOs in der Schweiz beschränkt, da sie – im Gegensatz zu den Vertragsärzten in Deutschland – ihre Leistungen

im Rahmen einer nicht budgetierten Einzelleistungsvergütung abrechnen können.¹² Mindestens ebenso wichtig ist aber die Tatsache, dass es in der Schweiz für die Krankenversicherer derzeit betriebswirtschaftlich rationaler ist, in Risikoselektion zu investieren als in die Optimierung der Versorgung ihrer Versicherten.

Durch den relativ groben Risikostrukturausgleich in der Schweiz können die Krankenversicherer aufgrund der ihnen vorliegenden Informationen gute und schlechte Risiken identifizieren. Schlechte Risiken sind solche Personen, deren prognostizierte Gesundheitsausgaben über der Summe von Prämienzahlungen und Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich liegen.¹³ Durch eine Reihe von – teilweise illegalen – Maßnahmen können die Krankenversicherer dann versuchen, solche Versicherten zu einem Wechsel zu einem anderen Versicherer zu bewegen. Darüber hinaus ist es für Krankenversicherer mittelfristig wenig lohnend, effiziente, qualitativ überzeugende Versorgungsmodelle anzubieten: Kurzfristig können zwar auch unter der Berücksichtigung von Prämienrabatten Einsparungen realisiert werden. Mittelfristig besteht jedoch die Gefahr, dass sich die Attraktivität dieser Versorgungsmodelle vor allem bei chronisch Kranken herumspricht. In diesem Falle werden die kurzfristigen Einsparungen durch Effizienzgewinne durch die mittelfristige Verschlechterung der Risikostruktur überkompensiert.

Lehren für Vertragswettbewerb in der GKV

Aus den Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz lassen sich unserer Auffassung nach fünf

⁸ Vgl. W. P. M. M. van de Ven, R. Ellis: Risk Adjustment in competitive health plan markets; in: A. J. Culyer, J. P. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Amsterdam, Elsevier North Holland 2000, S. 755-845.

⁹ K. Beck: Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Bern, Haupt 2004.

¹⁰ Nach der Studie von H. Lehmann: Managed Care – Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, Zürich, Verlag Ruegger 2003 liegen die Innovationseffekte bei etwa 18% der Gesamtkosten.

¹¹ Vgl. Ebenda.

¹² Vgl. K. Beck, a.a.O.

¹³ Bei jungen Versicherten sind die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich negativ.

Schlussfolgerungen für die zukünftige wettbewerbliche Umgestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems ziehen.

(1) *Effizienzvorteile durch Vertragswettbewerb sind möglich:* Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass die im Vertragswettbewerb entwickelten Versorgungsmodelle beträchtliche Kostenvorteile erreichen können, ohne dass dies auf Kosten der Versorgungsqualität geht. Die Krankenversicherer in der Schweiz haben diese Modelle gemeinsam mit innovativen Leistungserbringern entwickelt. Die Steuerung der Versorgung bleibt bei den Leistungsanbietern – die Krankenversicherer beschränken sich auf die Kalkulation der Pauschalen zur Vergütung des Versorgungsauftrags und auf Vertragscontrolling. Die Entwicklung solcher Modelle im Rahmen wettbewerblicher Such- und Entdeckungsverfahren ist grundsätzlich auch in Deutschland möglich.

(2) *Gestaltungsspielraum für Vertragspartner ist notwendig:* Die Erfahrungen in der Schweiz – als positives Beispiel – und in den Niederlanden – als negatives Beispiel – zeigen, dass Vertragswettbewerb nur bei ausreichendem Gestaltungsspielraum für die Vertragspartner Sinn macht. Krankenversicherer und Leistungserbringer müssen die Konditionen der Verträge weitgehend selbst festlegen können. Staatliche Vorschriften – etwa über Art und Höhe der Vergütungsform wie in den Niederlanden – sind in diesem Zusammenhang nicht förderlich für die Entwicklung von Innovationen. Zu diesem Gestaltungsspielraum gehört natürlich auch, dass sich Vertragspartner

ihr Gegenüber aussuchen können. Mit diesem Grundsatz ist Kontrahierungszwang – etwa gegenüber allen Vertragsärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung – ebenso wie die staatliche Steuerung von Kapazitäten – etwa die staatliche Krankenhausplanung – nicht vereinbar. Für Vertragswettbewerb in Deutschland bedeutet dies, dass Krankenversicherer und innovative Leistungserbringer frei über die Vertragsinhalte bestimmen können müssen – ähnlich wie das derzeit für Vertragspartner in der integrierten Versorgung gilt.

(3) *Risikoselektion ist eine Gefahr für Vertragswettbewerb:* Die Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass Anreize zur Risikoselektion möglichst weitgehend kompensiert werden müssen. Andernfalls werden den Krankenversicherern Anreize gesetzt, in Risikoselektion statt in die Optimierung der Versorgung zu investieren. Mehr noch, zusätzliche Wettbewerbsparameter auf der Leistungsseite können auch als zusätzliche Instrumente zur Risikoselektion eingesetzt werden. Das Beispiel Niederlande zeigt, dass ein wirkungsvoller Risikostrukturausgleich nicht nur notwendig, sondern auch möglich ist. Vor diesem Hintergrund ist die Umsetzung des gesetzlich beschlossenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Deutschland dringend zu fordern.

(3) *Vertragswettbewerb wird es nicht flächendeckend geben:* Die Erfahrungen sowohl in den Niederlanden als auch in der Schweiz deuten darauf hin, dass es Vertragswettbewerb nicht flächendeckend geben wird. Vertragswettbewerb wird es nur

in solchen Regionen geben, in denen die Krankenversicherer zwischen einer ausreichenden Anzahl von Leistungsanbietern auswählen können, ohne die Versorgung ihrer Versicherten zu gefährden. In den Niederlanden ist dies offensichtlich wegen der landesweit beschränkten Kapazitäten in keiner Region der Fall. In der Schweiz haben sich Managed-Care-Tarife mit einem ausgewählten Kreis von Leistungsanbietern vor allem in städtischen Regionen durchgesetzt. Es liegt nahe zu vermuten, dass dies in Deutschland ähnlich wäre.

(5) *Vertragswettbewerb braucht Experimentierfelder:* Aus den Erfahrungen der Schweiz und der Niederlande wird deutlich, dass der Transformationsprozess zu einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung Zeit braucht. Eine schrittweise Transformation ist nicht nur notwendig, um gesundheitspolitische Akzeptanz zu gewinnen. Darüber hinaus sind die technischen Anforderungen sowohl für die praktische Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung (zum Beispiel für die sukzessive Entwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs) als auch in Bezug auf die Erweiterung des betriebswirtschaftlichen Know-hows der Krankenversicherer und Leistungserbringer (zum Beispiel für die Entwicklung leistungsgerechter Vergütungsformen) hoch anspruchsvoll und zeitraubend. Ein erster Schritt dieses Transformationsprozesses könnte daher in Deutschland darin bestehen, ähnlich wie in der Schweiz die gesetzlichen Voraussetzungen für wettbewerbliche Experimentierfelder zu erweitern.

Andreas Köhler

Kassenärztliche Vereinigungen: Garanten für Qualität und Effizienz

Das deutsche Gesundheitswesen ist leistungsfähig und schneidet im internationalen Vergleich sehr gut ab. Die Patienten werden schneller behandelt, verzichten nur selten aus Kostengründen auf eine medizinische Leistung und haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl als in anderen Ländern. Bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen für chronisch Kranke steht Deutschland ebenfalls gut da. Das hat der Ende 2005 vorgelegte „Sechs-Länder-Vergleich zur Qualität in der Gesundheitsversorgung aus Patientensicht“ ergeben, an dem auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beteiligt war.¹ Zwar zeigt die Studie auch Schwächen in der Versorgung auf, etwa in der Patienteninformation, dennoch belegt sie: Das deutsche Gesundheitswesen arbeitet auf einem hohen Niveau.

Gute Qualität kostet Geld

Doch gute Qualität hat ihren Preis. Der medizinische Fortschritt hat die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren und Jahrzehnten steigen lassen.² Das medizinische Wissen wächst in einem rasanten Tempo. Ein gutes Beispiel dafür ist die moderne Transplantationschirurgie. Organtransplantationen waren vor wenigen Jahrzehnten noch eine medizinische Sensation. Mittlerweile sind sie Routine. Moderne Narkose- und Operationstechniken erlauben es heute, Transplantationen auch in einem höheren Lebensalter vorzunehmen – vor

wenigen Jahren undenkbar. Viele lebensbedrohliche Erkrankungen können auch bei Patienten im fortgeschrittenen Alter behandelt werden. Senioren sind heutzutage rüstiger als je zuvor. Die demografische Entwicklung stellt das Gesundheitswesen also vor große Herausforderungen. Hinzu kommt: Patienten aller Altersklassen fordern eine gute Qualität in der Behandlung ein, denn sie sind gut informiert und kritisch.

Angesichts der beschriebenen medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung ist davon auszugehen, dass für gute Qualität im Gesundheitswesen künftig eher mehr Geld benötigt wird als bislang. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind davon überzeugt, dass jede Patientin und jeder Patient das Recht auf die notwendige medizinische Behandlung nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand hat.

Selbstverständlich steht im Gesundheitswesen in Zeiten knapper Kassen auch die Seite der Leistungserbringer in der Pflicht. Die Tätigkeit von Ärzten und anderen im Gesundheitsbereich Beschäftigten muss sich den Anforderungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit

stellen. Eine gesteigerte Effizienz in der Versorgung wird jedoch die wachsenden Kosten nicht bremsen können. Eine Versorgung von immer mehr multimorbiden Patienten auf heutigem Niveau für weniger Geld: Diese Rechnung kann nicht aufgehen.

Unerlässlich für eine gute Qualität ist eine angemessene Vergütung der Leistungserbringer. Die Proteste der vergangenen Wochen und Monate zeigen eindrücklich, dass die Geduld der Ärzte nicht weiter strapaziert werden darf – sowohl in den Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich. Die Versorgungsqualität hängt in einem hohen Maße von der Zufriedenheit der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe ab. Ihre Arbeit muss angemessen wertgeschätzt und vergütet werden. Darüber hinaus zeichnet sich ein gutes Gesundheitswesen dadurch aus, dass medizinisch notwendige Leistungen zeit- und wohnortnah erbracht werden können. Damit wird deutlich, dass nicht nur das ärztliche Handeln, sondern auch die strukturellen Rahmenbedingungen zu einer guten Versorgungsqualität beitragen.

Effizienz und Qualität nicht dem Zufall überlassen

Durch die Fortschritte in der Medizin kann nur der Arzt eine hoch qualifizierte Leistung erbringen, der sich ständig fortbildet. Für die Qualität medizinischer Leistungen ist die ärztliche Fort- und Weiterbildung deshalb zwingend erforder-

¹ C. Schoen et al.: Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries, in: Health affairs, Web exclusive, w5-509-w5-525, November 2005 (Studie unter: www.healthaffairs.org); sowie P. Sawicki: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland, in: Medizinische Klinik, Ausgabe 11/2005, S. 755-768.

lich. Entsprechende Maßnahmen sind für die Niedergelassenen seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Eine zentrale Rolle spielt daneben die Qualitätssicherung, denn sie dient dem gezielten Erhalt des Niveaus der vertragsärztlichen Versorgung. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen haben die Optimierung der Patientenversorgung zu ihrem zentralen Thema gemacht. Bereits im Jahr 1994 verabschiedete die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Richtlinie für Verfahren zur Qualitätssicherung. Somit haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherung flächendeckend und bundesweit einheitlich institutionell verankert. Jede Kassenärztliche Vereinigung hat einen Beauftragten, eine Kommission und eine Geschäftsstelle für Qualität. Die Richtlinie sieht auch die stichprobenartige Prüfung einzelner Praxen vor.

Qualitätssicherung

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist Qualitätssicherung keine graue Theorie: Mittlerweile sind rund 40% der ambulanten Leistungen qualitätsgesichert. Bei den qualitätssicherbaren Leistungen sind es sogar 80%. Das bedeutet konkret, dass diese Tätigkeiten einem Erlaubnisvorbehalt unterliegen. Neben der ärztlichen Weiterbildung muss ein Arzt weitere Qualifikationen nachweisen, bevor er genehmigungspflichtige Untersuchungen und Eingriffe vornehmen darf. Eine solche Leistung ist beispielsweise die Darmspiegelung. Ein niedergelassener Arzt kann sie nur erbringen und über die gesetzliche Krankenversicherung abrechnen, wenn er die ent-

sprechende fachliche Qualifikation besitzt, etwa die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie. Der Arzt muss außerdem apparative Voraussetzungen nachweisen, beispielsweise eine Notfallausrüstung mit Intubationsbesteck, außerdem sind strenge hygienische Bestimmungen zu erfüllen. Die Erlaubnis zur Durchführung von Darmspiegelungen bleibt nur dann erhalten, wenn der Arzt mindestens 200 totale Koloskopien im Jahr vornimmt. An diesem Beispiel wird deutlich, dass Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nicht dem Zufall überlassen bleibt. Von diesen Maßnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung profitieren alle Patienten, auch die privat Versicherten.

Neben solchen bundeseinheitlichen Vereinbarungen zu einzelnen Leistungen sind Qualitätszirkel ein Schlüsselement der Qualitätssicherung. Qualitätszirkel bestehen aus festen Teilnehmerkreisen, die ihre Themen selbst wählen und somit praxisbezogen arbeiten. Der Diskurs wird durch einen Moderator strukturiert. Im interkollegialen Erfahrungsaustausch erfolgen Analyse und Bewertung der Tätigkeit jedes einzelnen Arztes. Damit gehen Qualitätszirkel über die Anforderungen klinischer Fortbildungen hinaus. Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Unterstützung von Moderatoren und die Aufbereitung der Themen entscheidend zum Erfolg solcher Qualitätszirkel beitragen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat deshalb bewährte regionale Ansätze im Rahmen einer Qualitätsoffensive aufgegriffen und ein Konzept zur bundesweiten strukturierten Ausbildung von Tutoren entwickelt. Dabei werden Kenntnisse zu evidenzbasierter Medizin und Leitlinien vermittelt,

ferner Grundlagen der Gruppenleitung und von Patientenfallkonferenzen. Von der Qualitätssicherung abzugrenzen ist das Qualitätsmanagement. Dieses hat eher prozesshaften Charakter und zielt auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ab.

Qualitätsmanagement mit QEP®

Die Anforderungen an ärztliches Handeln werden immer komplexer – bedingt durch technische Innovationen, veränderte Patientenerwartungen und steigenden wirtschaftlichen Druck auf die Ärzte.³ Eine gute Organisation und strukturierte Abläufe sind in Praxen unerlässlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat daher gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ein eigenes Qualitätsmanagement (QM)-Verfahren entwickelt, getestet und extern evaluiert. Mit „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP®) steht Vertragsärzten und -psychotherapeuten ein hervorragendes Werkzeug zur Optimierung der Praxisführung und -organisation zur Verfügung, das wesentlich zur Verbesserung der Patientenversorgung beiträgt. Mit der Umsetzung von QEP® können Praxen die Anforderungen der am 1. Januar 2006 in Kraft getretene QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Abs. 1 SGB V erfüllen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet somit ein effektives Qualitätsmanagementsystem an, bei dem der Aufwand für den Arzt vertretbar und der Gewinn für die Praxis groß ist. QEP® trägt dazu bei, dass Abläufe in den Praxen strukturiert ablaufen, reproduzierbar sind und Verantwortlichkeiten klar geregelt werden. Auch ein Fehlermanagement ist vorgesehen. Das Angebot beinhaltet die Themenblöcke Patientenversorgung,

³ A. Köhler, T. Kopetsch: Der medizinische Fortschritt wirkt zwangsläufig ausgabensteigernd, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 21. März 2006, S. 14.

Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Praxisführung und -organisation sowie Qualitätsentwicklung. Der Ablauf ist dabei in drei Phasen gegliedert. Nach der Teilnahme an einem Einführungsseminar und der Bestandsaufnahme der Praxis werden die festgelegten Ziele in einer Umsetzungsphase realisiert. Im Anschluss kann auf freiwilliger Basis eine externe Qualitätsbewertung erfolgen.⁴ QEP® ist eine Erfolgsgeschichte: 60 Praxen haben das System in einer Pilotphase getestet. In der Folge nahmen bislang rund 6000 Interessierte an der Einstiegsschulung teil. Die ersten Zertifizierungen stehen in den nächsten Wochen an. Die Praxen erhalten dann ein QEP®-Zertifikat. Es wird künftig ein Erkennungszeichen für gute medizinische und psychotherapeutische Versorgung sein.

Pharmakotherapieberatung

Die Arzneimittelausgaben sind seit Jahren ein Reizthema, wenn es um Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geht. Die Maßnahmen seitens der Politik haben das Ziel einer Kostensenkung nicht erreicht. Jüngstes Beispiel für eine weitere praxisferne Entscheidung ist das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz mit der Bonus-Malus-Regelung. Eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Medikamentenversorgung wird das Gesetz nicht bewirken, sondern lediglich eine weitere Zunahme der Bürokratie. Die Regelung zwingt den Arzt, sich in erster Linie mit Preisvergleichen zu beschäftigen und nicht mit der Frage, welches Medikament für seinen Patienten am besten geeignet ist.

³ F. Diel, B. Gibis: Qualitätsmanagement – Mehrwert für die Praxis, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 10/2004, S. A620-622.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt sich seit langem für unabhängige Informationen über Arzneimittel ein, um so einseitige Auskünfte durch die Pharmaindustrie auszugleichen. Dazu hat sie zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen die unabhängige Informationsplattform „Arzneimittel im Fokus“ (AmFo) ins Leben gerufen. Die dort dargestellten Vorschläge fördern den indikationsgerechten Einsatz und eine wirtschaftliche Verordnung von Medikamenten. Bei einer Reihe von Krankheiten stehen hochwertige und gleichzeitig günstige Arzneimittel zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung plädiert für eine rationale Arzneimittel-Therapie, die Qualität und Wirtschaftlichkeit verbindet.

Telematik

Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu stärken müssen auch Kommunikationsprozesse optimiert werden. Als Mitbegründerin der gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung maßgeblich an der Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt. Diese soll künftig einen reibungslosen, einrichtungsübergreifenden Informationsfluss und eine bürokratiearme Vernetzung gewährleisten. Neben den Stammdaten eines Versicherten werden auf der Karte auch Gesundheitsdaten gespeichert, sofern der Patient dem ausdrücklich zustimmt. Verschiedene Einrichtungen, etwa Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte können so einfacher und schneller

⁴ F. Diel, B. Gibis: QEP – Systematisch zum Erfolg, in: Deutsches Ärzteblatt, Supplement PRAXIS 4/2005, S. 16-18; sowie T. Riepelmeier: Qualitätsmanagement für Ärzte und Therapeuten, in: Klartext, Ausgabe 4/2004, S. 8.

miteinander kommunizieren. Unnötige Doppeluntersuchungen können vermieden werden. Zudem erleichtert die Gesundheitskarte den Überblick über wichtige Informationen wie Medikation, Impfstatus, Allergien, Vorsorgeuntersuchungen und den Verlauf chronischer Erkrankungen. Die elektronische Gesundheitskarte wird zu mehr Qualität in der Versorgung jedes einzelnen Patienten führen. Außerdem wird sie die Effizienz im Gesundheitswesen steigern. Ein gutes Beispiel dafür ist das elektronische Rezept. Bislang werden Rezepte in der Arztpraxis am Computer erstellt und anschließend für den Patienten ausgedruckt. Der Apotheker scannt das Rezept dann in der Regel wieder ein. Mit der neuen Karte kann dieser Ablauf erheblich vereinfacht werden.

Die Infrastruktur zur elektronischen Gesundheitskarte nimmt unterdessen konkrete Formen an. Der Start der Flächentests in acht Bundesländern steht unmittelbar bevor. Die Verträge zwischen der gematik und den Projektbüros in den Regionen sind kurz vor dem Abschluss.

Flexibilisierung des Vertragsarztrechts

Das zentrale Anliegen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ist die Sicherung, Darstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Dieses Kernthema spielt in der Ausgestaltung des Leistungskatalogs und in den Regelungen für die Kollektivverträge eine Rolle. Aber auch neue Vertrags- und Versorgungsformen gehören in die Debatte um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine Flexibilisierung und Liberalisierung

des Vertragsarztrechtes. Dazu gehört der Vorschlag, dass Vertragsärzte künftig andere Ärzte etwa in Teilzeit beschäftigen können sollen. Ebenso ist es zielführend, niedergelassenen Ärzten eine Tätigkeit außerhalb ihres Vertragsarztsitzes zu gestatten – auch KV-übergreifend. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt sich dafür ein, dass künftig einem Vertragsarzt nicht mehr ab einem Alter von 68 Jahren automatisch die Kassenzulassung entzogen wird. Auch die Niederlassungsgrenze von 55 Jahren ist generell abzuschaffen, nicht nur in unterversorgten Regionen.

Die Budgetierung und damit verbundene Rationierung hat zu einer großen Unzufriedenheit unter den niedergelassenen Ärzten geführt, die sich nun in den aktuellen Protesten manifestiert. Die unattraktiven Rahmenbedingungen zeigen ihre Auswirkungen: Mittlerweile

droht in einigen Regionen Deutschlands ein Ärztemangel, mancherorts ist er bereits spürbar. Wenn die ambulante Versorgung künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig bleiben soll, muss ärztliche Leistung endlich angemessen vergütet werden.

Kollektivvertrag sichert Qualität

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bekennen sich klar zum Wettbewerb im Gesundheitswesen. Um eine hohe Qualität der Versorgung zu gewährleisten, lehnen sie jedoch einen unkontrollierten Verdrängungswettbewerb durch Krankenkassen und Gesundheitskonzerne ab. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung plädiert für einen Vertragswettbewerb, in dem der Kollektivvertrag den Vergleich mit anderen Versorgungsformen um eine flächendeckende, wohn-

ortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung offen einfordert.

Gerade das KV-System und der Kollektivvertrag sind Garanten für Qualität: Sie ermöglichen eine bundeseinheitliche Qualitätssicherung und deren wirksame Kontrolle. In einer zersplitterten Vertragslandschaft wäre dies undenkbar. In Bezug auf Qualitätssicherung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bewiesen, dass sie kein Relikt verkrusteter Strukturen ist, sondern sich als moderner Dienstleister versteht, der über eine funktionierende Infrastruktur verfügt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erteilt der Tendenz zu mehr staatlicher Einflussnahme deshalb eine klare Absage. Eine Schwächung der ärztlichen Körperschaften würde zwangsläufig den Verlust einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung zur Folge haben.

Norbert Klusen

Das Gesundheitssystem braucht mehr Wettbewerb

Deutschland steht kurz vor der nächsten „Jahrhundertreform“ im Gesundheitswesen – zumindest wenn man den Politikern der Regierungskoalition und der öffentlichen Meinung glauben mag. Die letzten umfassenden Gesetzesänderungen sind erst zweieinhalb Jahre jung, dennoch scheint ein erneutes Handeln des Gesetzgebers notwendig zu sein. In der Tat hat das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) den Krankenkassen zumindest in finanzieller Hinsicht nur eine kurze Verschnaufpause verschafft.

Wirtschaftsdienst 2006 • 5

Verzeichneten die Kassen im Jahr 2004 noch rund 4 Mrd. Euro Überschuss, so ist dieser im vergangenen Jahr auf rund 1,8 Mrd. Euro abgeschmolzen. 2007 droht dem System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereits wieder ein finanzielles Loch von gut 6 Mrd. Euro. Das entspricht einem Beitragssatzdruck von 0,6 Prozentpunkten. Steigende Beitragssätze möchte die Koalition jedoch unter allen Umständen vermeiden. Denn steigende Lohnnebenkosten – so die seit Jahrzehnten vorgebrachte Argumentation – gefährdeten Ar-

beitsplätze und hielten die Unternehmen davon ab, neue Jobs zu schaffen.

Das Paradoxe ist: Die Politik hat den finanziellen Druck, unter den die GKV gegenwärtig gerät, im Wesentlichen selbst verursacht. Die Regierungsparteien haben im Koalitionsvertrag vereinbart, den Bundeszuschuss, der die versicherungsfremden Leistungen in der Krankenversicherung abdecken soll, im kommenden Jahr zurückzufahren und im darauffolgenden Jahr sogar auslaufen zu lassen. Den Krankenkassen fehlen 2007

295

allein hierdurch 2,7 Mrd. Euro. Darüber hinaus soll ab Anfang des kommenden Jahres die Mehrwertsteuer von heute 16% auf 19% angehoben werden. Dies belastet die Krankenkassen zusätzlich mit 700 bis 800 Mio. Euro pro Jahr, denn in Deutschland wird auf Arzneimittel und Medizinprodukte – im Unterschied zu den meisten anderen europäischen Ländern – der volle Mehrwertsteuersatz erhoben. Zusätzlich zu diesen Sondereffekten werden auch der medizinisch-technische Fortschritt sowie die demografische Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft die Ausgaben der Krankenkassen steigen lassen.

Die Lösung der Probleme soll nun darin bestehen, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine neue Basis zu stellen. Damit verbunden ist die Hoffnung auf eine langfristige Stabilisierung des Systems. Galten Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie im Bundestagswahlkampf noch als unvereinbar, so wird nun ein „dritter Weg“ zwischen diesen beiden Konzepten angestrebt, der „weit in das nächste Jahrzehnt und darüber hinaus“¹ Bestand haben soll. Wie dieser Weg aussehen könnte, hat der Unions-Fraktionsvorsitzende Volker Kauder Anfang April in einem Interview erläutert.²

Gewachsene Strukturen vorbehaltlos hinterfragen

Doch das Konzept überzeugt nicht. Das so genannte Fondsmodell, das offenbar in beiden Lagern der Regierungskoalition Befür-

worter hat, löst die wesentlichen Probleme des Gesundheitswesens nicht. Solange die Strukturen des Systems noch nicht so umgestaltet worden sind, dass die Gelder effizienter eingesetzt werden, ist es nicht sinnvoll, zunächst die Finanzierungsseite auf eine neue Basis zu stellen.

Die Diagnose ist klar: Das Gesundheitssystem braucht mehr Wettbewerb. Nur so werden Anreize geschaffen, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Mit ihrem Koalitionsvertrag haben Union und SPD im Herbst 2005 beträchtliche Hoffnungen geweckt, dass dieser Weg eingeschlagen wird. Das Gesundheitswesen wird darin beschrieben als „eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland“. Und Bundeskanzlerin Angela Merkel hat in ihrer Regierungserklärung angekündigt, sie wolle „mehr Vertragsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten von den Patienten über die Krankenkassen bis hin zu den Praxen und Krankenhäusern“.

Es gilt, historisch gewachsene Strukturen vorbehaltlos zu hinterfragen. Institutionen und Instrumente, die nicht mehr zeitgemäß sind, müssen an die neuen Bedingungen angepasst werden. Und die Regulierungsdichte, die sich in den vergangenen Jahrzehnten immer weiter erhöht hat, muss mit dem Ziel eines sich selbst steuernden Systems abgebaut werden.

Die Krankenkassen haben seit Einführung der Wahlfreiheit und damit eines (noch eingeschränkten) Wettbewerbs bereits vielfältige Erfahrungen im Umgang mit den Mechanismen des Marktes gesammelt. Manche von ihnen

können die Rolle des Motors beim überfälligen Wandel im Gesundheitswesen übernehmen.

Einzelverträge zulassen

Wettbewerb bedeutet Wahlfreiheit für die Versicherten. Bislang dient der Beitragssatz der Krankenkassen dabei als wichtigster Vergleichsmaßstab. Damit sich jedoch die positiven Effekte des Marktes weiter entfalten können, bedarf es eines erweiterten und umfassenderen Wettbewerbs. Wenn wirkliche Vertragsfreiheit mit Ärzten und Krankenhäusern besteht, können ungleich interessantere und differenziertere Angebote entstehen als es sie heute gibt. Die gegenwärtig noch vorherrschende Betrachtungsweise „Was kostet die Kasse?“ würde um die eigentliche Dimension erweitert. Künftig könnte das Unterscheidungsmerkmal lauten „Was leistet die Kasse für ihren Beitragssatz?“.

Dazu müssen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern oder mit Gruppen abschließen zu dürfen. Profitieren würden die Patienten, aber auch die motivierten und qualifizierten Leistungsanbieter. Mit einem solchen Schritt erhalte der Begriff „Leistung“ eine neue Bedeutung im Gesundheitssystem.

Das Kollektivvertragsrecht bei den niedergelassenen Ärzten wie auch die Vorschriften im Kliniksektor sind nicht mehr zeitgemäß. Weshalb sind die Krankenkassen zum Beispiel gezwungen, nur mit solchen Kliniken Verträge abzuschließen, die im so genannten Krankenhausbedarfsplan aufgeführt sind? Warum ist dieses planwirtschaftliche Instrument noch immer das Maß der Dinge – und nicht Qualität und Wirtschaftlichkeit?

¹ Kurt Beck: Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, in der Berliner Zeitung vom 8. Mai 2006.

² Der Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Kauder hat seine Vorstellungen für eine umfassende Gesundheitsreform am 12. April 2006 gegenüber dem Magazin „Stern“ (Ausgabe 16/2006) dargelegt.

Der Krankenhaussektor ist mit Abstand der größte Posten im Ausgabentableau der Krankenkassen, rund 49 Mrd. Euro umfasste das Volumen im vergangenen Jahr. Gerade in diesem Bereich ließen sich durch mehr Wettbewerb noch erhebliche Rationalisierungspotenziale erschließen. Mit der Umstellung der Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen ist ein entscheidender Schritt in die richtige Richtung getan. Dennoch fehlt es in vielen Kliniken noch immer an Instrumenten wirtschaftlichen Handelns und an Unternehmergeist. Andere gehen mit Innovationskraft und konsequenter Patientenorientierung voran – sie werden die Gewinner eines intensivierten Wettbewerbs unter den Krankenhäusern sein. Letztlich werden nur die Kliniken bestehen, die sich rechtzeitig auf die neuen Bedingungen eingestellt haben.

Die Forderung nach Einzelverträgen kommt nicht aus dem luftleeren Raum. Die Krankenkassen haben bereits seit zweieinhalb Jahren Erfahrungen mit diesem Instrument gemacht. Die Verträge zur integrierten Versorgung, die durch die jüngste Gesundheitsreform ermöglicht worden sind, beruhen auf diesem Prinzip. Hier können die einzelnen Kassen für ihre Versicherten eine optimale Versorgung zu angemessenen Preisen einkaufen. Die künstlichen und für eine koordinierte Patientenversorgung hinderlichen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer, hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung werden bei der Integrationsversorgung überwunden.

Im Vordergrund steht das berechtigste Interesse der Patienten nach einer Behandlung „aus einem Guss“ – und nicht die Interessen von Gralshütern tradierter Versorgung

strukturalen. Die Techniker Krankenkasse hat mittlerweile über 200 solcher bundesweiten oder regionalen Integrationsverträge abgeschlossen, an denen die unterschiedlichsten Leistungsanbieter beteiligt sind und die sich auf eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen und Behandlungsverfahren erstrecken. Die positiven Ergebnisse sprechen dafür, die bisher auf die Integrationsversorgung beschränkten einzelvertraglichen Möglichkeiten auf die gesamte Versorgungslandschaft auszuweiten. Nicht nur die Qualität, sondern auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ließe sich auf diesem Wege beträchtlich erhöhen.

Kassenartenübergreifende Fusionen ermöglichen

Eine umfassende Vertragsfreiheit würde alle Beteiligten im Gesundheitswesen vor neue Chancen und Herausforderungen stellen. Nicht nur die Ärzte und Kliniken, auch die Krankenkassen müssten sich auf weitreichende Veränderungen einstellen. Noch heute wird zwischen acht verschiedenen Kassenarten unterschieden. Diese Abgrenzung ist überholt. Deshalb sollten kassenartenübergreifende Fusionen, die heute nicht möglich sind, zugelassen werden. Was spricht dagegen, wenn sich zum Beispiel eine Ersatzkasse mit einer Betriebskrankenkasse oder eine Ortskrankenkasse mit einer Innungskrankenkasse zusammenschließen möchte? Wirklicher Wettbewerb ist nur dann möglich, wenn man mutig Fesseln löst und diese historisch gewachsenen, mittlerweile aber völlig überholten (Schutz-)Zäune niederreißt.

Hinzu kommt, dass kleine Krankenkassen – und das ist die Mehrzahl – bei einer umfassenden Vertragsfreiheit am Markt gar nicht

bestehen könnten. Sie müssen sich zusammenschließen, damit sie über eine ausreichende Verhandlungsmacht gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen verfügen. Krankenkassen, die nur einige tausend Menschen versichern, ist es schlechterdings nicht möglich, qualitativ und wirtschaftlich attraktive Versorgungsverträge auszuhandeln. Eine kritische Größe müssen Kassen auch deshalb überschreiten, damit es für Leistungsanbieter interessant ist, Verträge mit ihnen abzuschließen.

Die Möglichkeit für kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse würde den Konzentrationsprozess im Krankenkassensektor weiter fördern (zu Beginn der Wahlfreiheit gab es noch rund 640 Kassen, heute sind es nur noch gut 250). In einem System mit erweiterten Fusionsmöglichkeiten wird es einige Dutzend Krankenkassen geben; wie viele es genau sein werden, braucht man nicht festzulegen, die Entwicklung sollte dem Markt überlassen bleiben. Letztendlich werden sich in einem modernisierten Gesundheitswesen nur die Krankenkassen behaupten können, die sich qualitativ von ihren Wettbewerbern abheben und für ihre Versicherten besonders gute Versorgungsverträge vorweisen können. Wichtig ist, dass die Krankenkassen eine ausreichende Nachfragemacht und die Versicherten die Auswahl unter verschiedenen Anbietern haben.

Die Verbändestruktur müsste dann diesen Entwicklungen nachfolgen. Wenn es den einzelnen Krankenkassen ermöglicht wird, die Gesundheitsleistungen für ihre Versicherten frei einzukaufen, wird die Frage „Wer ist für was zuständig?“ auch neu beantwortet

werden. Kompetenzen und Befugnisse, die die Verbände für das kollektive Vertragsrecht besitzen, würden auf die Kassen übergehen. Die Verbände würden sich zu modernen Dienstleistern für die Krankenkassen als ihre Mitglieder wandeln. Denn auch in einem freierlicheren System, in dem die Krankenkassen selektiv kontrahieren können, bleiben gemeinsame Interessen der Kassen bestehen, die durch Verbände vertreten werden können.

Solidarität sichern

Solidarität und Wettbewerb sind keine Gegensätze, sondern bedingen einander, sind zwei Seiten derselben Medaille. Ein Gesundheitswesen, das wegen fehlenden Wettbewerbs nicht effizient ist und Beitragsgelder nicht optimal einsetzt, ist nicht solidarisch. Umgekehrt muss auch ein wettbewerbliches System, das in Deutschland eine Daseinsberechtigung haben und von der Bevölkerung akzeptiert werden soll, immer die Solidarität zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken, gut Verdienenden und sozial Schwächeren gewährleisten.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist kein Selbstzweck, sondern dient dem Schutz der Versicherten vor den finanziellen Folgen von Krankheit und gewährleistet den freien Zugang zu einer umfassenden und hochwertigen medizinischen Versorgung. Daher muss auch künftig sichergestellt sein, dass jeder Versicherte von jeder Krankenkasse aufgenommen werden muss – unabhängig von Alter, Geschlecht oder persönlichem

Krankheitsrisiko. Dieser Grundpfeiler einer humanen Gesellschaft darf nicht in Frage gestellt werden. Umgekehrt muss jeder Versicherte das Recht behalten, ohne Angabe von Gründen seine Krankenkasse zu wechseln.

Jobmotor Gesundheit

Ein modernes Gesundheitssystem könnte zudem Beschäftigungsimpulse setzen und damit einen Beitrag leisten, die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu sichern. Heute arbeiten in Deutschland bereits mehr Menschen im Gesundheitswesen als in der Automobil-Industrie. Insgesamt sind rund 4,2 Mio. Frauen und Männer im Gesundheitssektor beschäftigt. Daher ist es nur schwer nachzuvollziehen, warum das Gesundheitssystem und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung noch immer hauptsächlich als lästiger Kostenfaktor und Beschäftigungshemmnis betrachtet wird. Das Gesundheitswesen ist vielmehr eine Zukunfts- und Wachstumsbranche, die vielen Menschen Beschäftigungsperspektiven bietet.

Eine von der Techniker Krankenkassen in Auftrag gegebene Studie³ des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) hat ergeben: Gesundheit ist ein Jobmotor der Zukunft, und ein modernisiertes System schafft hunderttausende Arbeitsplätze. Auf 430 000 bis 637 000 zusätzliche Arbeitsplätze beziffern die Wissenschaftler die positiven Beschäftigungswirkungen eines modernisierten Krankenversicherungssystems. Selbst wenn man die Strukturen des heutigen Systems beibehält, werden bis zum Jahr 2020 ohnehin rund 642 000 neue Arbeitsplätze entstehen. Ein

modernisiertes Gesundheitswesen wäre allerdings ein noch weitaus wirksamerer Jobmotor: Schon eine schrittweise Deregulierung könnte noch einmal bis zu 430 000 zusätzliche Arbeitsplätze schaffen. Ein vollständig liberalisiertes System brächte insgesamt 637 000 neue Jobs. Kurz: zusätzliche Beschäftigung bei gleichem Mitteleinsatz. Zusammen mit dem ohnehin zu erwartenden Arbeitsplatzzuwachs von 642 000 Stellen könnten also bis zu 1,2 Mio. Jobs entstehen.

Kein lästiger

Kostenfaktor

Die gesundheitspolitischen Debatten und Reformbemühungen müssen sich von der Vorstellung lösen, dass das Gesundheitssystem ein lästiger Kostenfaktor ist, der Arbeitsplätze in Gefahr bringt. Im Gegenteil: Der Blick sollte sich stärker auf die Chancen richten – auf die Wachstums- und Beschäftigungsimpulse, die im Gesundheitssystem stecken.

Bereits im Herbst 2004 hatte die Techniker Krankenkasse eine Studie zur Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten vorgestellt, erarbeitet vom Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und dem Augsburger BASYS-Institut. Das damalige Fazit der Wissenschaftler: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beschäftigung – weder in Deutschland noch im internationalen Vergleich.

Beides macht deutlich: Das Gesundheitssystem ist kein Arbeitsplatzvernichter, sondern kann ein echter Jobmotor sein. Darauf sollten sich die Reformanstrengungen in Deutschland richten.

³ Thomas Straubhaar, Gunnar Geyer, Heinz Locher, Jochen Pimpertz, Henning Vöpel: Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, Hamburg 2006.