

Die Lücke im Koalitionsvertrag schließen – mehr Wettbewerb wagen!

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Im gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrags der Großen Koalition kommen die Krankenkassen als aktive Gestalter der Gesundheitsversorgung nicht vor. Dabei haben zentrale Plan- und Kollektivwirtschaft schon in der Vergangenheit nicht vermocht, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung gezielt zu verbessern. Ein aktuelles Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen stößt jetzt in die ordnungspolitische Lücke des Koalitionsvertrags und plädiert für ein dezidiert vertragswettbewerbliches Steuerungsmodell. Die Politik wäre gut beraten, diese Vorschläge nicht einfach ad acta zu legen, sondern mutig aufzugreifen.

Schlüsselwörter: Koalitionsvertrag, Vertragswettbewerb, Ordnungspolitik

In its section on health in the coalition agreement the Grand Coalition does not depict the sickness funds as taking an active part in the organization of care provision – despite the fact that central and collective planning have in the past failed to improve the quality, cost effectiveness, and preference orientation of care provision. A report recently presented by the Scientific Advisory Board of the Federal Ministry of Finance now fills this regulatory gap and pleads for a control model decidedly based on managed competition. Germany's politicians would be well advised to courageously take up these recommendations instead of ignoring them.

Keywords: coalition agreement, managed competition, governance

1 Auf und Ab von Vertragswettbewerb in der GKV

Im Jahr 2003, also vor 15 Jahren, wurde das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verabschiedet. Die Bundesregierung war damals rot-grün, doch die Union hatte die Mehrheit im Bundesrat, sodass für zustimmungspflichtige Gesetze eine faktische GroKo erforderlich war. Einigen dürfte noch in Erinnerung sein, dass Horst Seehofer, seinerzeit Verhandlungsführer der Union, nach der Einigung mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt von einer der schönsten Nächte seines Lebens sprach. Doch ganz unabhängig von dieser Reminiszenz: Das GMG trug seinen Namen zu Recht, denn versorgungspolitisch wurden in der Tat wichtige Modernisierungsschritte gemacht, darunter die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung, der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Vorläufer der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ASV)

und von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie die Gangbarmachung der schon 2000 in einer zunächst jedoch untauglichen Form eingeführten integrierten Versorgung. So viel Modernisierung von Versorgungs- und Steuerungsstrukturen hatte es in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuvor selten auf einen Schlag gegeben, doch leider gab es so etwas auch nie wieder danach.

Im Koalitionsvertrag der nach der Bundestagswahl 2005 installierten GroKo I hieß es zwar noch: „Das parteiübergreifend vereinbarte GKV-Modernisierungsgesetz hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Dieser Weg muss konsequent weitergegangen werden. Dies betrifft sowohl die Krankenversicherung als auch die Leistungserbringung. (...) Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können.“ Doch wurde dieser Anspruch in den Folgejahren in keiner Weise eingelöst. Denn

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

zumindest in vertragswettbewerblicher Sicht trug das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) seinen Namen zu Unrecht: Die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V wurde von einer selektivvertraglichen Ausgestaltung auf ein planwirtschaftliches Modell („Bestimmungslösung“) umgestellt, bei dem die Krankenkassen zum reinen Zahlmeister degradiert wurden; und die fünf Jahre lang recht erfolgreich praktizierte Pauschalvereinbarung in der integrierten Versorgung (fälschlich als Anschubfinanzierung bezeichnet) lief Ende 2008 ersatzlos aus, zeitgleich mit der Einführung der neuen GKV-Finanzarchitektur „Gesundheitsfonds plus kassenindividuelle Zusatzbeiträge“.

Mit dieser neuen Finanzarchitektur, insbesondere ihren wiederholt veränderten Regelungen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag, begann eine ordnungspolitische Geisterfahrt, die in der Folge den vielfach beklagten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb der Krankenkassen auslöste und erst 2015 mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) ein (vorläufiges?) Ende fand, weil nunmehr praktisch jede Kasse einen Zusatzbeitrag hat, der überdies einkommensabhängig ausgestaltet ist und im Quellenabzug erhoben wird.

Produktiver Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung konnte unter diesen Rahmenbedingungen kaum zustande kommen. Zwar stellte der Sachverständigenrat Gesundheit schon 2012 fest, dass im Leistungsbe- reich allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb dominiere, doch wurden hieraus keine Konsequenzen gezogen. Vielmehr tat sich eine immer größere Lücke zwischen (vertrags-)wettbewerblicher Rhetorik und gesetzgeberischem Handeln auf. Einerseits hieß es in den Koalitionsverträgen von 2009 (Schwarz-Gelb) und 2013 (GroKo II) fast wortgleich, dass die Krankenkassen Freiräume erhalten müssten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Doch andererseits setzten sich die vertragswettbewerblichen Rückschritte unvermindert fort – etwa seit 2012 in Gestalt der vertragsfreien ASV nach der Devise „Wer kann, der darf“ oder der 2016 erfolgten Einführung des Innovationsfonds. Bei diesem Förderkonzept, dessen Fortsetzung über 2019 hinaus bereits angekündigt ist, erfolgt eine zentrale Investitions- und Innovationslenkung unter einer korporatistisch geprägten Governance, wodurch bestenfalls kleinteilige Schrittinnovationen bei Behandlungsprozessen ermöglicht werden, aber gewiss keine durchschlagenden (Sprung-)Innovationen zur Überwindung der strikten Sektorengrenzen. Innovationswettbewerb wie in anderen Branchen sähe jedenfalls anders aus.

Im Koalitionsvertrag der GroKo III vom Frühjahr 2018 ist nunmehr auf vertragswettbewerbliche Rhetorik vollständig verzichtet worden. Was die Rolle der Krankenkassen als Versorgungsgestalter betrifft, ob „gemeinsam und einheitlich“ oder im Rahmen eines fruchtbaren Krankenkassenwettbe-

werbs – dazu gibt der Koalitionsvertrag keine Auskunft. Zwar soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt werden, aber wie dieser Wettbewerb inhaltlich konkret aussehen und zu welchen Versorgungszielen er beitragen soll, bleibt offen. In dieser Hinsicht klafft im Koalitionsvertrag eine gehörige ordnungspolitische Lücke.

2 Neuer Vorschlag für forcierten Vertragswettbewerb

Genau in diese Lücke ist nun ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (BMF) gestoßen, das Mitte Juni 2018 vorgestellt wurde: „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen“. Ausgehend von einer Defizitanalyse der bestehenden Krankenhausversorgung in Deutschland – in Bezug auf Anzahl, Größe und Struktur der Häuser sowie auf Anzahl und Qualität der Leistungen – empfiehlt der Beirat zwei von ihm selbst als weitreichend bezeichnete Reformschritte, nämlich

- zum einen die monistische Krankenhausfinanzierung, die es faktisch ja ohnehin bereits weithin gibt, weil die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung schon lange nicht mehr ausreichend nachkommen, sowie
- zum anderen die Ermöglichung von Selektivverträgen, vor allem im Bereich planbarer Krankenhausleistungen, um dadurch die Möglichkeiten der Krankenhäuser einzuschränken, über den medizinischen Bedarf hinaus zu operieren, und zugleich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu leisten.

Natürlich haben die Reformvorschläge dieses Gutachtens kaum eine Chance auf baldige Realisierung. Speziell im Krankenhausbereich, der in der Planungszuständigkeit der Länder liegt und einen strikten Kontrahierungszwang der Krankenkassen gegenüber allen Plankrankenhäusern vorsieht, hat man es – so der BMF-Beirat – versäumt, die Krankenhausstruktur an den medizinisch-technischen Fortschritt anzupassen. Warum das so ist, sagt er auch: „Mit der Schließung eines Krankenhauses macht sich ein Politiker in der Regel wenig Freunde. Einfacher ist es, die Dinge laufen zu lassen.“ Man möchte hinzufügen: Das gilt speziell, wenn die finanziellen Konsequenzen von anderen getragen werden.

Denen, die dies tun – das sind insbesondere die Krankenkassen –, will der BMF-Beirat mehr Steuerungsverantwortung übertragen beziehungsweise will er sie „mit wettbewerblichen Mitteln in die Rolle derjenigen Institutionen (...) drängen, die Verantwortung für eine effiziente Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen tragen“. Das ist eine hübsche Formulierung, lässt sie doch erkennen, dass diese Rolle von den meisten Kran-

kenkassen vermutlich keineswegs von selbst angestrebt wird. Aber das war bei der Einführung der freien Krankenkassenwahl vor gut 20 Jahren und dem dadurch ausgelösten Kassenwettbewerb nicht anders. Das war ebenfalls kein Wunschkonzert der Krankenkassen. Doch wenn Gesundheitspolitik primär den Versicherten und Patienten nutzen soll, darf sie nur begrenzte Rücksichten auf die Partikularinteressen von Versorgungs- und Finanzierungsakteuren nehmen. Die erkennbare Scheu vor solchen Konflikten ist ein wesentlicher Grund dafür, dass die überfällige Modernisierung der Versorgungsstrukturen nur im Schnecken tempo vorankommt.

Konkret hält es der BMF-Beirat für notwendig, dass die Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren deutlich ausgeweitet werden, wie es in den Koalitionsverträgen 2005, 2009 und 2013 jeweils angekündigt, aber nicht realisiert worden ist, nämlich dass individuell über Mengen, Preise und Qualitätsanforderungen verhandelt werden kann. Der Beirat geht aber noch einen Schritt weiter, denn er empfiehlt zugleich, wirksame Instrumente einzuführen, um Kostenersparnisse, die aus klugem Versorgungsmanagement (VM) resultieren, in einem entsprechenden „VM-Tarif“ unverzerrt an die Versicherten weiterzugeben. Diese können sich hierzu für eine gewisse Zeit für ein „Preferred-Provider-Modell“ entscheiden – in der Schweiz auch als Listenmodell bezeichnet – und verzichten im Versorgungsfall auf individuelle Freiheiten bei der Arzt- und Therapiewahl, indem sie etwa eine größere Verbindlichkeit anerkannter medizinischer Leitlinien akzeptieren. In eine ähnliche Richtung hatte bereits ein Reformvorschlag gewiesen, den vor gut einem Jahr die Monopolkommission in ihren Sondergutachten „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ unterbreitet hatte, nämlich den Vertragswettbewerb durch selektivvertragliche Wahltarife zu fördern. Dazu sollten den Versicherten sämtliche Tarife einer Kasse als Wahltarife diskriminierungsfrei angeboten werden: gleichrangig neben dem verpflichtend anzubietenden Standardtarif für die kollektivvertraglich vereinbarte Versorgung auch optional kassenindividuelle und gegebenenfalls regionale Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen.

Ein Unterschied zwischen diesen beiden Vorschlägen betrifft die Ausgestaltung der Weitergabe von Einsparungen im VM-Tarif an die Versicherten: Während die Monopolkommission eine Reduktion des kassenindividuellen Zusatzbeitrags vorsieht, plädiert der BMF-Beirat für „Boni in Euro-Beträgen“, damit Ersparnisse den teilnehmenden Versicherten „unverfälscht zugutekommen“, also unabhängig von der Höhe des selbst entrichteten Beitrags ausfallen. Entscheidend ist aber vor allem die Gemeinsamkeit beider Reformmodelle, die finanziellen Vorteile selektivvertraglichen Handelns der Krankenkassen über entsprechende Wahltarife an diejenigen Versicherten weiterzugeben, die bereit sind, eine bestimmte Vorauswahl an Leistungserbringern nach für sie verständlichen Auswahlkriterien zu akzeptieren. Erst diese Verknüpfung wird der Interde-

pendenz des wettbewerblichen Beziehungsgeflechts zwischen dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt gerecht, das in der internationalen Gesundheitsökonomie als *managed competition* (Enthoven) beziehungsweise in Deutschland seit rund einem Vierteljahrhundert als „Solidarische Wettbewerbsordnung“ bezeichnet wird. Leider hat der deutsche Gesetzgeber dem Selektivvertrag zu keinem Zeitpunkt den Stellenwert eingeräumt, der erforderlich wäre, damit der Kassenwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt (Kassen – Versicherte) über den Leistungsmarkt (Kassen – Leistungserbringer) auf den Behandlungsmarkt (Versicherte/Patienten – Leistungserbringer) durchschlägt und dort zu einer spürbaren Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führt. Dem BMF-Beirat gebührt Dank, dass er angesichts der unübersehbaren Steuerungsdefizite der sektoralen Plan- und Kollektivwirtschaft für eine Wiederbelebung vertragswettbewerblicher Versorgungssteuerung plädiert, ohne die auch die aktuelle Debatte über eine faire GKV-Wettbewerbsordnung letztlich keinen Sinn ergibt.

3 Erfolgsbedingungen für Wettbewerbssteuerung

Warum ist selektivvertragliches Versorgungsmanagement, wie es dem BMF-Beirat als erfolgversprechender Treiber für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung vorschwebt, in der GKV derzeit unterentwickelt? Neben den beiden vom Beirat identifizierten Ursachen – unzureichenden Selektivvertragsoptionen für Krankenkassen und Leistungserbringer, gerade auch im Klinikbereich, sowie defizitären Möglichkeiten der Weitergabe von Einsparungen an die VM-Versicherten durch unverzerrte Bonuszahlungen – gibt es noch eine dritte Ursache, der meist zu wenig Beachtung geschenkt wird, wenn nach den Gründen für vertragswettbewerblichen Stillstand gefahndet wird: die Bequemlichkeit der kollektiven Hängematte, insbesondere in der ambulanten Versorgung. Hier sind die Leistungserbringer kollektivvertraglich auf einem sehr auskömmlichen Honorarniveau abgesichert, sodass es sich für sie kaum lohnt, im Rahmen von Selektivverträgen mit Krankenkassen aktiv im Rahmen neuer Versorgungsformen für mehr Produktivität und Qualität einzutreten und dafür gegebenenfalls auch eigene Investitionsrisiken einzugehen. Somit sind Selektivverträge fast schon zu einem Synonym für zusätzliche Vergütung geworden. Diesem Problem ist nur durch eine Lockerung des Kontrahierungszwangs beizukommen.

Wer dezentraler Wettbewerbssteuerung mehr Raum geben will, muss außerdem bereit sein, gewisse Unterschiede zu akzeptieren. Wettbewerb ist das Resultat von Wahlmöglichkeiten, und diese setzen unterschiedliche Angebote voraus. Zum einen sind unterschiedliche Tarifangebote der Kassen, die ihre Aktivitäten im Vertrags- und Versorgungsmanagement wider-

spiegeln, eine maßgebliche Triebfeder im versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, in dem erfolgreiche Angebote einer Kasse dazu anreizen, nachgeahmt oder möglichst übertroffen zu werden. Zum anderen entsprechen Angebotsunterschiede aber auch unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten. Was damit gemeint ist, wird gerade am Beispiel von Wahlтарifen deutlich. Managed Care geht immer einher mit der freiwilligen Einschränkung individueller Autonomie im Versorgungsfall, im Übrigen nicht nur für Versicherte/Patienten, sondern auch für die beteiligten Ärzte. Dabei lässt sich die freiwillige Einschreibung der Versicherten in einen VM-Tarif auch als ein Teilschritt bei der Arztwahl auffassen und keineswegs zwangsläufig als dessen Preisgabe. Aber zu jedem Zeitpunkt uneingeschränkt zu jedem Arzt jedes Fachgebiets gehen zu können, ist mit gezielter Versorgungssteuerung nicht vereinbar, vor allem wenn das Versorgungsmodell mit einem ökonomischen Kalkül hinterlegt ist.

Vor eine solche (Tarif-)Wahl gestellt, gibt es bestimmt viele Versicherte, die eine weitgehende Beschränkung ihrer Arzt- und Krankenhauswahl im Versorgungsfall grundsätzlich ablehnen, während es andere vermutlich eher als willkommene Hilfestellung empfinden, wenn ihre Kasse für sie eine Vorauswahl an Leistungserbringern nach besonders strengen Qualitätskriterien trifft. In dieser Frage haben die Versicherten unterschiedliche Präferenzen, denen durch differenzierte Angebote entsprochen werden sollte. Deshalb zeugt es von Unverständnis, wenn etwa das Bundesversicherungsamt in seinem im Frühjahr 2018 vorgelegten Wettbewerbsbericht vorschlägt, positiv evaluierte Selektivverträge regelhaft in die kollektivvertraglich vereinbarte Versorgung zu überführen, denn damit würde der wichtige Aspekt der Freiwilligkeit bei der Wahl eines bestimmten Versorgungstarifs ausgeblendet. Dank der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen und zuvor bereits der Monopolkommission ist die wettbewerbsrechtliche Steuerung zur Verbesserung der GKV-Gesundheitsversorgung nicht völlig aus dem Blick geraten wie im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung. Dabei weiß diese es doch eigentlich besser, wie ihre Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linkspartei von Ende April 2018 zeigt: „Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Instrument darstellt, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Der wettbewerbsliche Rah-

men setzt hierbei Anreize, dass sich die Krankenkassen um eine hohe Versorgungsqualität, innovative Versorgungsangebote und guten Service bemühen.“ Wenn das tatsächlich die Einschätzung der Bundesregierung zu sinnvollem Wettbewerb ist, sollte sie mehr Mut an den Tag legen, um den Krankenkassenwettbewerb im Interesse von Versicherten und Patienten konsequent versorgungsorientiert weiterzuentwickeln.

Literatur

Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn;

www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html

Cassel D et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK;

www.wido.de/publikation_2008.html

Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68

Deutscher Bundestag (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“. Drucksache 19/1805. Berlin: Deutscher Bundestag

Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48

Jacobs K, Wasem J (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 15–22

Monopolkommission (2017): Sondergutachten Nr. 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, www.monopolkommission.de/de/gutachten/sondergutachten/sondergutachten-75.html

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Gesundheitsversorgung; www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen; www.bundesfinanzministerium.de → Ministerium → Wissenschaftlicher Beirat → Gutachten und Stellungnahmen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. Juli 2018)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.