

Tausendsassa im Wettbewerb?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will künftig auch Verträge zur integrierten Versorgung abschließen können. Ansonsten aber soll ordnungspolitisch alles beim Alten bleiben. Vorstellungen, die für Klaus Jacobs nicht unter einen Hut passen.

Kaum hatten sich Unionsparteien und SPD Mitte Oktober auf die Aufnahme von Koalitionsverhandlungen verständigt, legte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein „politisches Sofortprogramm“ vor. „Wie sich die KBV in Zukunft nützlich machen will“ titelte dazu die Ärzte Zeitung und zitierte KBV-Verbandschef Dr. Andreas Köhler mit den Worten: „Man liebt uns nicht, aber man braucht uns.“ Aber wofür? Hoffentlich nicht, wenn es darum geht, ein konsistentes Wettbewerbskonzept für die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Anbietern von Versorgungsleistungen zu entwickeln. Denn was die KBV hierzu anzubieten hat, kann aus ordnungspolitischer Sicht nur als ein ziemlich „kruder Verhau“ bezeichnet werden.

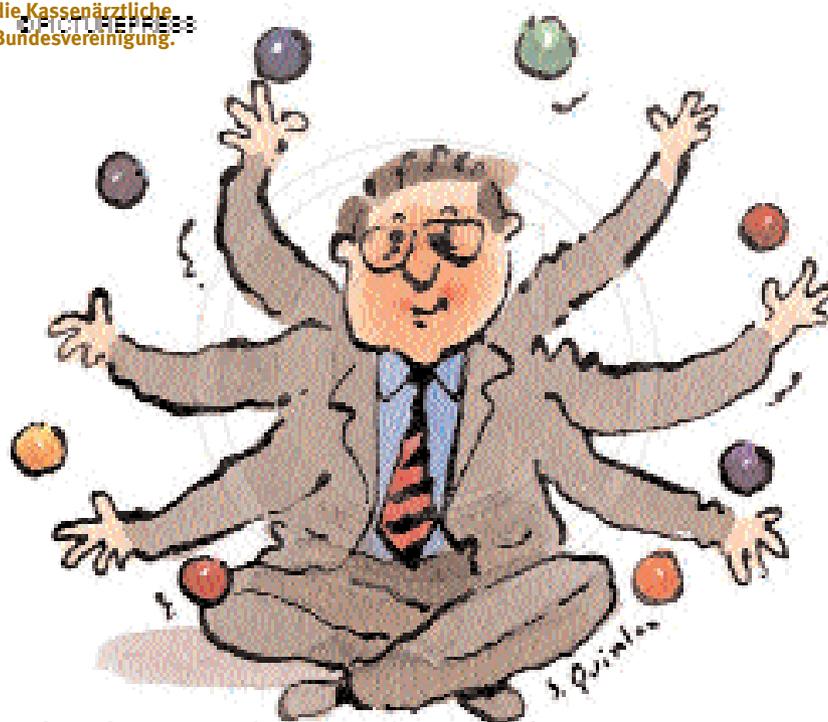
„Spielwiese“ integrierte Versorgung. Was schlägt die KBV vor? Zunächst soll im vertragsärztlichen Versorgungssektor im Prinzip alles beim Alten bleiben: also keine wettbewerblichen Öffnungen, sondern Fortbestand des Kollektivvertragsrechts einschließlich Sicherstellungsauftrag mit Bedarfsplanung und automatischer Zulassung. Wettbewerb soll es weiterhin nur im Bereich der integrierten Versorgung geben. Dort ist der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine direkte vertragliche Beteiligung zurzeit verwehrt. Das soll sich aber künftig ändern, denn die KBV möchte selbst als „wettbewerblicher Kollektivvertragsakteur“ in die integrierte Versorgung einsteigen können

beziehungsweise eine solche Option für die KVen geschaffen sehen. Dazu möchte sie unter anderem Rahmenverträge mit Krankenhäusern zur „Gewährleistung einer systematischen konsiliari-schen Versorgung im Rahmen der Krankenhausversorgung einschließlich der vor- und nachstationären Versorgung“ schließen können. Dieses Konstrukt eines direkten Wettbewerbs zwischen dem Kollektivvertragsakteur K(B)V und den einzelwirtschaftlichen Vertragspartnern wird als Vertragssystemwettbewerb bezeichnet.

Aber nicht genug damit, dass Vertragsärzte, die sich an Einzelverträgen zur integrierten Versorgung beteiligen, dann direkte Konkurrenz durch ihre zwangskörperschaftliche Vertretung

K(B)V erhielten. Die KBV fordert zudem eine explizite gesetzliche Ermächtigung zur Errichtung von so genannten Consults. Dadurch sollen Vertragsärzte „auch in wirtschaftlichen Fragen und hinsichtlich des Abschlusses von Einzelverträgen“ beraten werden können. Dass die K(B)V einzelne ihrer Mitglieder im direkten Einzelvertragswettbewerb mit anderen Mitgliedern beraten will, scheint schon schwierig genug – auch darf man wohl getrost bezweifeln, dass die miteinander im Wettbewerb um Einzelverträge stehenden Ärzte hieran überhaupt ein gesteigertes Interesse haben können. Aber dass die K(B)V nun sogar jene Mitglieder in einzelvertraglichen Fragen beraten will, die im so genannten Vertragssystem-

Will bei der integrierten Versorgung mitmischen: die Kassenärztliche Bundesvereinigung.



Webtipp

Das „Politische Sofortprogramm“ der KBV ist im Internet unter www.kbv.de/presse/7022.html zu finden.

wettbewerb unmittelbar mit ihr selbst konkurrieren, ist ordnungspolitisch nun wirklich absurd.

Notwendige Bereinigungen. Die KBV hat Recht, wenn sie eine Anschlussregelung für das bis Ende 2006 befristete Ein-Prozent-Budget der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung fordert. Hier ist in der Tat mehr Planungssicherheit erforderlich. Die bisherige Befristung hat im Ergebnis verhindert, dass bestimmte – besonders investitionsintensive – Strukturinnovationen in der integrierten Versorgung überhaupt in Angriff genommen wurden. Erforderlich ist hier in jedem Fall eine konsistente Bereinigung der sektoralen Vergütungen. Dabei erscheint allerdings fraglich, inwieweit dies einvernehmlich mit den sektoralen Kollektivvertragsakteuren geschehen kann – insbesondere wenn die K(B)V künftig sogar selbst als wettbewerblicher Vertragspartner aktiv werden will.

Notwendig ist aber auch – und davon ist bislang nirgends die Rede – eine Bereinigung der sektoralen Bedarfsplanung/Zulassung um einzelvertraglich vereinbarte Versorgungsleistungen. Und notwendig ist schließlich, entsprechende Bereinigungen bei der Vergütung und Bedarfsplanung nicht auf den ambulanten Sektor zu beschränken, sondern auch für den stationären Bereich verbindlich vorzusehen. So wird etwa die vom Gesetzgeber gewiss gut gemeinte Möglichkeit, Krankenhäuser auf einzelvertraglicher Basis für hochspezialisierte ambulante Behandlungen zu öffnen (Paragraph 116 b Sozialgesetzbuch V), weiter ein Muster ohne Wert bleiben, solange keine entsprechenden Bereinigungen in den sektoralen Vergütungs- und Zulassungsregularen erfolgen.

Zu viele Rollen. Aber zurück zum KBV-Programm. Die K(B)V muss sich entscheiden, welche Rolle sie künftig spielen will. Sie kann nicht gleichzeitig Ordnungsakteur (mit unverändertem Kollektivvertragsanspruch nebst Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung), wettbewerblicher (Kollektiv-)Vertragsakteur in der integrierten Versorgung und auch noch Berater für die nicht nur untereinander, sondern

sogar mit ihr selbst konkurrierenden (Einzel-)Vertragsakteure sein. So viele unterschiedliche Hüte kann wohl niemand tragen, zumindest nicht in einem ordnungspolitisch konsistenten Wettbewerbskonzept, das im Interesse von Versicherten und Patienten mehr Versorgungsqualität und -effizienz bewirken soll.

Einzelverträge sinnvoll. Generell weist der von der KBV gewiesene Weg des so genannten Vertragssystemwettbewerbs in die falsche Richtung. Es geht nicht um Wettbewerb zwischen Vertragssystemen, sondern um Wettbewerb zwischen substitutiven Versorgungsverträgen in

Integrierte Versorgung und sektorale Sicherstellung passen nicht zusammen.

einem einheitlich geordneten Wettbewerbsrahmen. Wenn die Politik tatsächlich mehr wettbewerbliche Öffnungen im Vertragsgeschäft wünscht, dann sollte nicht etwa der Bereich der integrierten Versorgung künftig auch für die K(B)V als Kollektivvertragsakteur geöffnet werden, sondern es müssen umgekehrt die sektoralen Versorgungsbereiche für wettbewerbliche Einzelverträge geöffnet werden. Dass zum Beispiel Hausarztverträge überwiegend auf Basis der Bestimmungen zur integrierten Versorgung geschlossen werden, liegt nicht zuletzt auch daran, dass Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (Paragraph 73 b SGB V) nach wie vor unter weitreichenden Regelungsvorbehalten

der Kollektivvertragsparteien stehen – bis hin zu Vergütungsregelungen. Dies zeigt den Bedarf an Öffnungen auch im sektoralen Vertragsgeschäft.

Barrieren überwinden. Wie bereits bei Verträgen zur integrierten Versorgung erfordert auch der Abschluss von sektoralen Einzelverträgen zwingend entsprechende Bereinigungen bei den bestehenden Kollektivregelungen, also bei der sektoralen Vergütung und bei den Regelungen zur sektorspezifischen Bedarfsplanung mit Kontrahierungszwang der Kassen gegenüber zugelassenen Leistungsanbietern. Sektorale Bedarfsplanung macht auch ohne Vertragswettbewerb grundsätzlich keinen Sinn mehr, wenn das Versorgungsgeschehen im Interesse von Qualität und Effizienz zunehmend sektorübergreifend bestimmt werden soll. Dies erfordert aber nicht nur Anpassungen im Zuständigkeitspanorama der K(B)V, sondern auch spürbare wettbewerbliche Öffnungen im Krankenhausbereich, mit denen eine Neuausrichtung der Rolle der Länder verbunden ist. Deshalb gebührt dieser Frage auch im Rahmen der anstehenden Föderalismusreform deutlich mehr Aufmerksamkeit.

Wer anders als eine große Koalition könnte derart weitreichende Strukturformen meistern? Von – gewiss legitimen – Existenzinteressen Einzelner sollte sich die Politik dabei nicht übermäßig beeindrucken lassen. Gefragt ist neben einem geschlossenen ordnungspolitischen Konzept jetzt vor allem politische Entschlossenheit. ♦

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).
Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Unionsvorstellungen zum Vertragswettbewerb

- „Wir wollen durch zielgerichtete Maßnahmen die Defizite bei der Versorgung der gesetzlich Versicherten mit dem Ziel beseitigen, vorhandene Über-, Unter- und Fehlversorgung im Bereich der GKV abzubauen. Dies kann am ehesten dadurch erreicht werden, dass der Wettbewerb in allen Versorgungsbereichen durch eine weitgehende **Liberalisierung des Vertragssystems** ausgeweitet wird. (...)“
- Besonders im ambulanten Bereich ist eine flexiblere Vertragsgestaltung dringend zu empfehlen. Dabei sind auch die **zukünftige Rolle**

der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ausgestaltung der fachärztlichen Versorgung und die Verantwortlichkeit für den Sicherstellungsauftrag nach zeitgemäßen Erfordernissen präzise zu definieren und festzulegen. (...)“

- Die integrierte Versorgung ist auf **einzelvertraglicher Grundlage** weiter zu fördern. (...)“

Quelle: CDU/CSU, *Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell (Merkel/Stoiber-Kompromiss)*, November 2004.