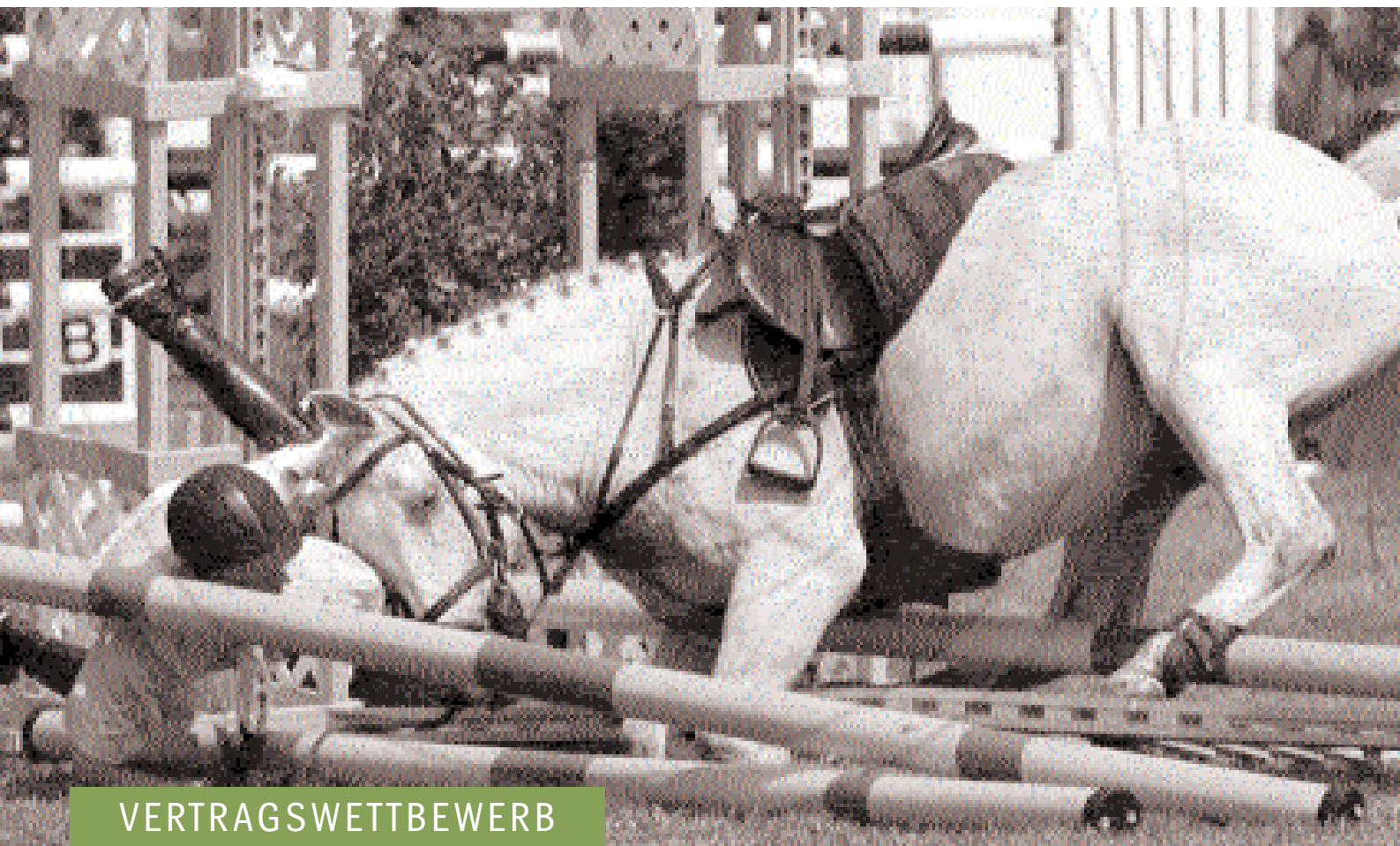




VERTRAGSWETTBEWERB

# Zu **kurz** gesprungen

Die aktuelle Gesundheitsreform soll den Wettbewerb im Gesundheitswesen stärken. Doch viele der geplanten Regelungen stehen diesem Ziel entgegen. Eine Expertengruppe\* untersuchte den Arbeitsentwurf des Reformgesetzes auf seine Tauglichkeit zur Wettbewerbsförderung und macht Vorschläge für Korrekturen.

**W**ettbewerbsstärkungsgesetz: Ist der Name Programm – oder haben wir es beim Titel der aktuellen Gesundheitsreform mit einem Fall von Etikettenschwindel zu tun? Und wie ist es derzeit überhaupt um den Wettbewerb im Gesundheitswesen bestellt? Die Leistungserbringer konkurrieren schon seit langem um Patienten, und auch der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte kam mit Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich in Schwung. Dagegen ist der Wettbewerb in den vertraglichen Beziehungen zwischen Kranken-

kassen und Leistungserbringern, der so genannte Vertragswettbewerb, nur rudimentär entwickelt. Hier dominieren vielmehr die Kollektivverträge (*siehe Glossar auf Seite 44*) aus den vorwettbewerblichen Zeiten der GKV. Infolge dessen läuft aber auch der Kassenwettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weitgehend ins Leere. Im Mittelpunkt der Stärkung von Wettbewerb in der GKV muss daher eine Stärkung des Vertragswettbewerbs stehen.

Zwar ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in seinem Arbeitsentwurf vom 31. August 2006 durch-

\* Autoren dieses Beitrags: Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze, Jürgen Wasem

aus als ein weiterer Schritt zur Ausweitung vertragswettbewerblicher Elemente (insbesondere im ambulanten Bereich) anzusehen. Dennoch verpasst das Gesetz in seiner gegenwärtigen Fassung die Chance, ein konsistentes System für Selektivverträge (siehe Glossar) zu etablieren, die neben die Kollektivverträge treten und solide Ausbauchancen erhalten. Weiterhin bleibt es dabei, dass selektivvertragliche Optionen punktuell und unsystematisch im Leistungserbringungsrecht geregelt werden, statt die Gelegenheit zur Schaffung einer generellen Regelung für alle Formen von Selektivverträgen zu ergreifen, seien diese sektoral oder sektorübergreifend, indikations- oder populationsbezogen ausgerichtet. Außerdem ist die Bereinigung der Kollektivvergütungen um selektivvertraglich erbrachte und honorierte Leistungen nach wie vor nicht hinreichend praktikabel und zielgenau geregelt.

**Bereinigung der Gesamtvergütung regeln.** Der Gesetzentwurf ordnet unter anderem die institutionellen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich neu (Paragrafen 85a ff. SGB V). Dabei erweist sich die Kompetenzverlagerung auf die Ebene „gemeinsam und einheitlich“ beziehungsweise auf die vorgesehenen neuen Spitzenverbände Land vor allem aus einem Grund als besonders problematisch: Die Gesamtvergütungen müssen um Leistungen bereinigt werden, die auf der Grundlage von Selektivverträgen erbracht werden. Der Kollektivvertragspartner auf der Leistungserbringerseite – die Kassenärztliche Vereinigung (KV) – wird einer solchen Bereinigung ohnehin tendenziell ablehnend gegenüberstehen. Doch damit nicht genug: Weil die Kassenseite künftig im Rahmen eines Spitzenverbands Land gemeinsam und einheitlich auftritt, müsste eine Krankenkasse zusätzlich auch die übrigen Kassen – also ihre unmittelbaren Konkurrenten – dazu bewegen, einer solchen Kürzung zuzustimmen. Man braucht nicht viel Phantasie, um sich vorzustellen, dass solche Bereinigungsvorschriften kaum umgesetzt werden dürften. Daher sollte der Gesetzgeber die Bereinigung der Gesamtvergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht als Aufgabe ausgestalten, die auf der Kassenseite gemeinsam und einheitlich wahrgenommen werden muss. Es muss für den Abschluss von Selektivverträgen zwischen einzelnen Kassen und (Teilgruppen von) Leistungserbringern klare gesetzliche Vorgaben zur verpflichtenden Bereinigung der Gesamtvergütungen geben, die nicht den Kollektivvertragspartnern überlassen werden dürfen.

#### **Mehr Selektivverträge in der hausarztzentrierten Versorgung.**

Der Arbeitsentwurf zum GKV-WSG sieht eine konsequent selektivvertragliche Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung (Paragraf 73b SGB V) vor. Dies ist unzweifelhaft ein Fortschritt gegenüber dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das eine unglückliche – und in der Praxis auch kaum umgesetzte – Vermischung von kollektivvertraglichen Regelungen zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie selektivvertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Ärzten vorschrieb. Zu den positiven Neuregelungen zählt auch, dass der Sicherstellungsauftrag insoweit auf die Krankenkassen übergehen soll, wie entsprechende Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung getroffen werden.

Allerdings bleibt auch an den nunmehr vorgesehenen Regelungen erhebliche Kritik zu üben. Zunächst stellt sich die Frage, warum sie obligatorisch ausgestaltet sind. Woher weiß der Gesetzgeber, dass diese spezifische Form der hausarztzentrierten Versorgung zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führt? International vergleichende Untersuchungen zeigen, dass hausarztzentrierte Versorgung nur unter bestimmten Voraussetzungen die erwarteten Effekte zeigt. Deshalb hätte es nahe gelegen, den Kassen und Hausärzten die Organisation der hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich als Wettbewerbsfeld zu überlassen, in welchem sich zeigen kann, ob und gegebenenfalls welche Formen von hausarztzentrierter Versorgung die erhofften Vorteile bringen.

Der Arbeitsentwurf erkennt die Bereinigungsproblematik der selektivvertraglichen hausarztzentrierten Versorgung in Bezug auf die Gesamtvergütung des Kollektivvertrags. Allerdings wird kein Bereinigungsverfahren vorgeschrieben, das die Vertragspartner des Kollektivvertrages und die Schiedsämter hinreichend bindet. Hier müsste klarer zum Ausdruck kommen, dass die im Kollektivvertrag vereinbarte Vergütung zwingend um diejenigen Beträge zu bereinigen ist, die für selektivvertraglich vereinbarte Leistungen in der Kollektivversorgung angefallen wären. Wie bereits erwähnt, erweist sich die Bereinigung durch die Kollektivvertragsparteien ohnehin als höchst problematisch, da auf Kassenseite künftig die Landesverbände gemeinsam und einheitlich beziehungsweise der geplante Spitzenverband Land entscheiden sollen. Damit erhalten die Mitbewerber die Möglichkeit, zentrale Rahmenbedingungen des Vertragshandelns ihrer Konkurrenten unmittelbar zu beeinflussen.

#### **Anschubfinanzierung für die besondere ambulante Versorgung.**

Auch bei der so genannten besonderen ambulanten Versorgung (Paragraf 73c SGB V) – das kann sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen – ist zunächst wiederum positiv hervorzuheben, dass der Arbeitsentwurf zum GKV-WSG anders als das GMG eine konsequent selektivvertragliche Ausgestaltung einschließlich des Übergangs des Sicherstellungsauftrages vorsieht. Jedoch erweist sich auch hier die Bereinigung der Gesamtvergütungen um selektivvertraglich vereinbarte Versorgungsleistungen als ein zentrales

#### **Lese- und Webtipps**

- Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecseny/J. Wasem (2003). **Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung** – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband – AOK im Dialog (Band 13).
- Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2006). **Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte**. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Download unter [http://www.aok-bv.de/presse/veranstaltungen/index\\_08986.html](http://www.aok-bv.de/presse/veranstaltungen/index_08986.html)

Problem. Es fehlt eine klare Vorgabe, die die Vertragspartner des Kollektivvertrags und die Schiedsämter hinreichend bindet. Auf die zusätzliche Problematik, dass für die Bereinigung künftig nicht nur die „Gegenseite“ im Kollektivvertrag, sondern auch die konkurrierenden Kassen und Kassenarten gewonnen werden müssen, ist bereits hingewiesen worden. Wünschenswert wäre zudem eine Anschubfinanzierung für Selektivverträge zur besonderen ambulanten Versorgung.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass eine parallele Regelung für die stationäre Versorgung fehlt. Sektorale Selektivverträge für „besondere“ stationäre Versorgung sind daher nach wie vor nicht möglich. Wer die Stärkung wettbewerblicher Steuerungsstrukturen propagiert, darf den Krankenhausbereich jedoch nicht als wettbewerblichen Ausnahmebereich behandeln. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als System der leistungsorientierten Krankenhausvergütung bietet eine gute Grundlage, um im ausgabenstärksten Leistungsbereich wirksamen Preiswettbewerb zu etablieren.

**Hochspezialisierte ambulante Versorgung im Krankenhaus.** Die gegenwärtige Regelung zur hochspezialisierten ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser – mit hochspezialisierten

Leistungen und bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen wie beispielsweise Aids, Tuberkulose oder Hämophilie – (Paragraf 116b Abs. 2 u. 3 SGB V) wird kaum praktiziert. Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen müssen die entsprechenden Vergütungen von den Kassen „on top“ gezahlt werden, das heißt zusätzlich zur an die KV abgeführten Gesamtvergütung und zu den regulären Krankenhausbudgets. Zum anderen werden Krankenkassen mit Verträgen über hochspezialisierte Leistungen für schwer- und schwerstkranke Versicherte attraktiv. Ohne einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stellt dies für die Kassen ein finanzielles Risiko dar.

Der Arbeitsentwurf zum GKV-WSG sieht zudem vor, dass die Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder ermächtigt werden, hochspezialisierte ambulanten Leistungen zu erbringen. Die Krankenkassen haben dann nur noch die Aufgabe, diese Leistungen zu finanzieren. Hierbei kommt eine 0,5-prozentige Anschubfinanzierung zum Einsatz: Die Krankenkassen bilden einen Topf aus 0,5-prozentigen Abzügen der Krankenhausrechnungen. Dieser dient dann der hälftigen Finanzierung der Ausgaben für hochspezialisierte ambulante Leistungen. Die andere Hälfte sowie alle über das Volumen der Anschubfinanzierung hinausgehenden Ausgaben müssen von den Krankenkassen finanziert werden. Diese Regelung ist das diametrale Gegenteil von wettbewerblicher Steuerung. Es ist absehbar, dass die einseitige Ermächtigung der Krankenhäuser, hochspezialisierte ambulante Leistungen zu erbringen, die von den Kassen zu mindestens 50 Prozent finanziert werden müssen, zu Mengenausweitungen und Ausgabenzuwächsen führen wird. Den Ländern in ihrer Rolle als zentrale Krankenhausplaner zusätzliche Gestaltungsaufgaben für ambulante Leistungen einzuräumen, wird den Wettbewerb ebenfalls nicht befähigen. Zur Wettbewerbsstärkung müsste die Bedeutung zentraler Planungsakteure generell ab- und keinesfalls weiter zunehmen.

Damit die bisher bestehenden selektivvertraglichen Regelungen zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen im Krankenhaus von den Vertragspartnern genutzt werden, wäre zur Vermeidung von „Add-on-Finanzierung“ eine angemessene Vorschrift zu Budgetbereinigungen beziehungsweise zunächst eine ausreichende Anschubfinanzierung sowie zur Neutralisierung des skizzierten Selektionsrisikos die längst überfällige morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs geboten.

**Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung verlängern.** Die gesetzlichen Vorgaben zur integrierten Versorgung (Paragrafen 140a ff. SGB V) sind bislang das Herzstück selektivvertraglicher Regelungen. Insbesondere die pauschale Anschubfinanzierung hat die Umsetzung von Selektivverträgen in diesem Bereich enorm erleichtert. Allerdings hat sich der Zeitraum der Anschubfinanzierung als zu kurz erwiesen. Insbesondere für innovative Versorgungsprojekte, in die viel investiert werden muss, hat sich der Planungshorizont von 2004 bis Ende 2006 als zu kurz erwiesen. Außerdem war bislang die Bereinigungsvorschrift für den Zeitraum nach der Anschubfinanzierung beziehungsweise für das über die Anschubfinanzierung hinausgehende Volumen nicht hinreichend konkret formuliert.

## GLOSSAR

**Kollektivverträge:** Kollektivverträge sind Verträge, bei denen gesetzlich verpflichtend zumindest eine vertragsschließende Partei aus einem Kollektiv besteht. In der ambulanten ärztlichen Versorgung sind dies die Landesverbände der Krankenkassen auf der einen Seite und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der anderen Seite. In der Krankenhausversorgung schließt das Kollektiv der Krankenkassen Verträge mit einzelnen Krankenhäusern.

**Selektivverträge:** Bei Selektivverträgen können Krankenkassen allein handeln. Auch Leistungserbringer können einzeln – das heißt losgelöst von Verbandszwängen – Verträge schließen. Damit ist keineswegs ein Zwang verbunden, dass nur einzelne Kassen und nur einzelne Leistungserbringer Vertragspartner sind: Die Beteiligten auf der Kassen- wie auf der Leistungserbringerseite dürfen Gruppen bilden, sofern die jeweiligen Vertragspartner ihrerseits zu einem Vertragsschluss mit der Gruppe bereit sind.

**Budgetbereinigung:** Bei allen selektivvertraglichen Leistungserbringungsformen, die an die Stelle kollektivvertraglich geregelter Leistungen treten, entsteht zwangsläufig das Problem der Budgetbereinigung. Derzeit fehlen eindeutige gesetzliche Vorgaben zur verpflichtenden Bereinigung kollektiver Vergütungen, die der Gefahr der Doppelfinanzierung von selektiv vereinbarten Leistungen entgegenwirken. Damit wird jedoch ein zentrales Ziel der wettbewerblichen Öffnung des Leistungsmarktes – nämlich die Identifizierung und Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen in der Gesundheitsversorgung – von vornherein in Frage gestellt.

Quelle: Autoren dieses Beitrags





Der Entwurf zum aktuellen Reformgesetz lässt kein geschlossenes Wettbewerbskonzept erkennen – er knüpft lediglich weiter am vorhandenen Flickenteppich.

Die Reform-Eckpunkte sehen eine Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems vor, der Gesetzentwurf von Ende August will die Verlängerung bis Ende 2008. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, er reicht jedoch nicht aus. Eine zweijährige Verlängerung ist insbesondere für Vorhaben, die umfangreichere Investitionen voraussetzen – gerade diese Verträge versprechen besondere Qualitäts- und Effizienzpotenziale –, als Planungshorizont zu kurz. Die Anschubfinanzierung sollte deshalb um fünf Jahre (bis Ende 2011) verlängert werden.

Eckpunkte und Arbeitsentwurf sehen eine Verlängerung der Anschubfinanzierung darüber hinaus nur für Projekte mit so genannter „bevölkerungsbezogener Flächendeckung“ vor. Diese willkürliche Beschränkung ist nicht nachvollziehbar. Warum vertraut die Politik nicht darauf, dass sich die geeigneten Versorgungsmodelle im Wettbewerb durchsetzen? Die Beschränkung sollte gestrichen werden, zumal sie unpräzise ist und sich deshalb als Beschäftigungsprogramm für Sozialgerichte erweisen dürfte. Anstatt die Verwendung der Anschubfinanzierung weiter einzuschränken, sollte das Gesetz vielmehr klarstellen, dass diese Mittel für alle Aufgaben verwendet werden können, die mit der konzeptionellen und organisatorischen Vorbereitung und der Erbringung von Leistungen verbunden sind.

Leider bleiben die unzureichenden Regelungen zur Bereinigung der Kollektivvergütungen um die selektivvertraglich vereinbarten Leistungen der integrierten Versorgung im Kern unverändert. Sachgerecht wäre es, die Budgets der Kollektivverträge um diejenigen Volumina zu kürzen, die bei einer Erbringung der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen im jeweiligen Kollektivsystem entstanden wären. Dies müsste das Gesetz oder eine Rechtsverordnung eindeutig regeln, um den Kollektivvertragspartnern beziehungsweise den Schiedsämtern keinen Interpretationsspielraum zu geben, der den Abschluss von Selektivverträgen erschweren oder gar vollständig verhindern würde. Auf die zusätzliche Schwierigkeit, Budgetbereinigungen im Rahmen der künftigen Konstruktion der Vertragspartnerschaft im ambulanten Bereich (kassenseitig gemeinsam und einheitlich beziehungsweise im geplanten neuen Spitzenverband) durchsetzen zu können, ist bereits hingewiesen worden.

**Kaum wettbewerbliche Steuerung in der Arzneiversorgung.** Der Übergang zu einem Selektivvertragsmodell in der Hilfsmittelversorgung ist zu begrüßen. In der Arzneimittelversorgung geht der vorgesehene Übergang zu Höchstpreisen in die richtige Richtung. Wirtschaftlichkeitsreserven, die in niedrigeren Preisen weitergegeben werden können, werden in der Arzneimittel-

distribution allerdings erst erschlossen werden können, wenn der Gesetzgeber das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken aufhebt. Ohne diese Öffnung ist die Vorgabe, mindestens 500 Millionen Euro Rabatte zu vereinbaren, keine Maßnahme zur wettbewerblichen Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, sondern schlichte administrative Kostendämpfung. Eine konsequente vertragswettbewerbliche Ausrichtung der Steuerung in der Arzneimittelversorgung ist im GKV-WSG bislang nicht zu erkennen.

**Bei Fusionen marktbeherrschende Stellung verhindern.** Der Gesetzentwurf sieht vor, kassenartenübergreifende Fusionen zu ermöglichen. Dies dient laut Entwurfsbegründung dem Ziel, eine kleinere Zahl größerer Kassen zu erzeugen. Ein solcher Konzentrationsprozess könnte einmal regionale marktbeherrschende Konstellationen entstehen lassen. Die Begründung des Entwurfs geht davon aus, dass diese Kassenfusionen der Kontrolle des Bundeskartellamts unterliegen. Dies trifft nicht zu, da zum einen Paragraph 69 SGB V das Gegenteil regelt und zum anderen die Kontrolle über die Zusammenschlüsse den zuständigen Aufsichtsbehörden übertragen ist. Das Gesetz sollte darum eine Regelung enthalten, wonach die Genehmigung des Zusammenschlusses zu verweigern ist, wenn er eine marktbeherrschende Stellung begründet oder verstärkt; dabei könnte auf Paragraph 36 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen verwiesen werden.

**Korrekturen für mehr Vertragswettbewerb.** Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 und der vorliegende Arbeitsentwurf für ein GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Stand: 31.8.2006) enthalten durchaus einige Elemente, die den Vertragswettbewerb stärken könnten. Allerdings stehen viele andere Regelungen diesem Ziel entgegen. Insbesondere ist nach wie vor nicht einmal ein halbwegs geschlossenes Wettbewerbskonzept erkennbar. Stattdessen wird der bestehende Flickenteppich aus unterschiedlich ausgestalteten Partikularlösungen in einer zunehmend unübersichtlichen Form weiter ausgebaut. Die Politik ist aufgerufen, Änderungen am Gesetzentwurf vorzunehmen, wenn sie es mit ihren Ankündigungen ernst meint und tatsächlich mehr Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung will. ■

Prof. Dr. Dieter Cassel, Universität Duisburg/Essen, Prof. Dr. Ingwer Ebsen, Universität Frankfurt/Main, Dr. Stefan Gress, Universität Duisburg/Essen, Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Sabine Schulze, WIdO, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg/Essen, Kontakt zu den Autoren über: [Stefan.Gress@uni-due.de](mailto:Stefan.Gress@uni-due.de)