

Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt

Das Konzept der solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV – eine Kritik

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bin von den Veranstaltern gebeten worden, das Konzept der solidarischen Wettbewerbsordnung einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Mein Vorredner ist bereits ausführlich auf dessen Inhalte eingegangen. Bevor ich meine Einwände gegen das Konzept des solidarischen Wettbewerbs darlege, möchte ich kurz den normativen Ausgangspunkt meiner Ausführungen skizzieren. Ich gehe davon aus, dass eine sozialen Krankenversicherung,

- einen undiskriminierten (vor allem sozial undiskriminierten) Zugang zur Krankenbehandlung ermöglichen sollte
- umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung im Krankheitsfall zu gewährleisten hat;
- nach dem Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit finanziert werden muss;
- großes Gewicht auf Prävention und
- dabei auf den Schwerpunkt auf Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen legen sollte.

Ich werde auf diese Aspekte zurückkommen. Doch nun zur solidarischen Wettbewerbsordnung:

1. Finanzielle Anreize und gesundheitliche Versorgung: Ausweichreaktionen (Risikoselektion, Rationierung)

Wettbewerbskonzeptionen setzen auf finanzielle Anreize für die beteiligten Akteure, ob es sich dabei um Kostenträger, Leistungserbringer oder möglicherweise auch um Patienten handelt. Der Einsatz finanzieller Anreize in der gesundheitlichen Versorgung beruht auf der Einschätzung, dass diese Akteure sich aus eigener Veranlassung nicht oder nicht hinreichend stark am Ziel einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung orientieren. Die Erwartung, die mit diesen Anreizen verbunden ist, besteht darin, dass diese Akteure aber

genau dies tun, wenn sie ihr Versorgungshandeln an ihren finanziellen Interessen orientieren, denn wenn man dies nicht erwarten würde, könnte man ja auch auf derartige Anreize verzichten. Insofern werden die Akteure als egoistisch-rational handelnde Wirtschaftssubjekte (genau wie Unternehmen) konzipiert, die als solche (eingebettet in einen geeigneten ordnungspolitischen Rahmen) im Ergebnis eine bessere und effizientere Versorgung hervorbringen.

Eine solche Handlungsrationalität steht aber in deutlichem Gegensatz zum Prinzip der Solidarität, der ja gerade das gemeinschaftliche Eintreten im Krankheitsfall beschreibt, während der Wettbewerb auf das Erreichen individueller Vorteile zielt. Insofern versucht der Begriff des solidarischen Wettbewerbs, gegensätzliche Prinzipien miteinander zu verknüpfen. Dieses System finanzieller Anreize bedeutet für die Krankenkassen, dass mit der Abwanderung von Patienten ein Einnahmerückgang einhergeht und perspektivisch der Bestand der betreffenden Kasse bedroht ist. Es bedeutet für die Leistungserbringer, dass ihr Versorgungshandeln durch die Aussicht auf höhere Gewinne oder auf die Vermeidung von Verlusten gelenkt wird. Diejenigen, die in diesem Wettbewerb nicht mithalten können, müssen Einkommensverluste in Kauf nehmen, ihnen droht die Kündigung oder Nichtverlängerung von Versorgungsverträgen, und möglicherweise ist sogar der Fortbestand bzw. die wirtschaftliche Existenz des Leistungserbringers bedroht. Es ist also erwünscht, dass sich die Akteure in ihrem gesundheitsbezogenen Handeln von ökonomischen Interessen leiten lassen.

Wenn man Steuerungswirkung ökonomischer Anreize bewertet, ist zu berücksichtigen, dass Ökonomie/Gewinnorientierung und Gesundheit/ hochwertige Versorgung differente Ziele/Handlungslogiken darstellen bzw. beinhalten. Dies bedeutet nicht, dass sie überhaupt nicht zu Deckung gebracht werden können. In der Tat ist es möglich, dass finanzielle Anreize dazu führen, Versorgungsabläufe zu rationalisieren und dabei zugleich Qualität zu verbessern (was allerdings keinesfalls dasselbe sein muss). Jedoch muss dies nicht die einzige Reaktionsweise sein. Zwei Probleme sind bei der Anwendung finanzieller Anreize zu bedenken:

1. Diese unterschiedlichen Ziele und Handlungslogiken können immer nur partiell zur Deckung gebracht werden.
2. Es sind immer auch Ausweichreaktionen möglich (sowohl bei der Versicherung von Personen als auch bei der Versorgung von Kranken), d.h. wirtschaftliche Interessen

können auch dadurch verfolgt werden, dass man Versorgungsqualität senkt, das Einhalten von Qualitätsstandards vortäuscht oder Qualitätsmängel/Behandlungsfehler verschweigt.

Diese Ausweichreaktionen lassen sich ohne weiteres auch in der Empirie des Wettbewerbs identifizieren:

Für die *Krankenkassen* schafft der Wettbewerb bekanntermaßen Anreize zur Risikoselektion, die trotz Kontrahierungszwang möglich ist. Da der RSA nicht die Morbidität der jeweiligen Versichertengemeinschaften berücksichtigt, richtet sich der Wettbewerb auf gesunde Versicherte, hingegen sind chronisch Kranke (sofern sie nicht in DMPs eingeschrieben sind) ungern gesehen, denn ihre Behandlung bzw. Versicherung ist vergleichsweise teuer und daher ein Nachteil im Wettbewerb. Da die 20 % teuersten Versicherten etwa 80 % der Leistungsausgaben verursachen, entsteht ein starker Anreiz, den Anteil dieser schlechten Risiken möglichst gering zu halten. Hingegen wird eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen eher behindert.

Die Erfahrung, dass derartige Mechanismen im Alltag wirksam sind, hat mittlerweile zu diversen Modifikationen der Wettbewerbsordnung geführt. Dazu zählen u.a. die Einführung von Disease Management Programmen (DMPs) und ihre Integration in den RSA sowie die geplante Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Man könnte also versucht sein zu hoffen oder zu erwarten, dass sich die Fehlsteuerungen des Wettbewerbs auf der Grundlage von Erfahrungen und Lernprozessen recht schnell beheben lassen. Eine solche Sichtweise wäre aber aus zweierlei Gründen unzutreffend: Erstens sind diese Veränderungen keineswegs geeignet, die Praxis der Risikoselektion zu unterbinden, denn die DMPs erfassen nur einen Teil der chronischen Erkrankungen und ob der Morbi-RSA tatsächlich kommen wird, ist aus meiner Sicht durchaus ungewiss; zweitens: werden DMPs und Morbi-RSA selbst bei den Krankenkassen sehr kontrovers diskutiert – sind also selbst elementare Rahmenbedingungen des Wettbewerbs (und der Inhalt von Solidarität) bei ihnen äußerst umstritten. Hinzu kommt: Auch ein Morbi-RSA (wie immer er aussehen wird) wird relevante Bereiche des Morbiditätsspektrums nicht erfassen. Das grundsätzliche Problem des RSA würde also auch nach seiner Einführung (wenn auch in abgeschwächter Form) fortexistieren.

Auf Seiten der *Leistungserbringer* liegen ähnliche Interessen vor. Die für den Wettbewerb typischen prospektiven Vergütungsformen begünstigen u.a. eine medizinisch nicht indizierte Verschiebung von Behandlungen, eine Weiterleitung von Patienten an andere Institutionen des Versorgungssystems und das Unterlassen von Leistungen. Derartige Praktiken treffen zumeist die chronisch Kranken (und damit die sozial Schwachen). Dies ist unter Solidargesichtspunkten besonders inakzeptabel, zumal diese Bevölkerungsgruppen können sich in den Institutionen des Gesundheitswesens nicht gut artikulieren und durchsetzen. Mit diesen Anreizen etabliert der Wettbewerb eine Handlungslogik, die sich in der Tendenz besonders gegen diejenigen Gruppen richtet, für die eine Krankenversicherung in erster Linie da sein sollte.

Aus der Sicht der solidarischen Wettbewerbsordnung stellt sich die Beseitigung von Qualitäts- und Effizienzmängeln folgendermaßen dar: Im Gesundheitswesen existieren Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient, während verfügen die Krankenkassen über hinreichende Informationen über die medizinische Versorgung und die Qualität von Leistungserbringern. Auf dieser Grundlage werden sie als Sachwalter des Patienten (Prinzipal) tätig und schließen selektive Verträge mit geeigneten Leistungserbringern, die eine hohe Qualität der Leistungen und ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis garantieren. Diese Vorstellung führt mich zu folgenden Einwänden:

1. Was berechtigt eigentlich zu der Annahme, dass Krankenkassen unter o.g. Bedingungen des Wettbewerbs sich tatsächlich als Sachwalter des Patienten verhalten? Wenn Patienten ein strukturelles Informationsdefizit im Hinblick auf Qualität haben, so gilt dies sowohl mit Blick auf ärztliches Handeln als auch mit Blick auf die Versorgungsangebote der Krankenkasse. Krankenkassen können unter den harten Bedingungen des Wettbewerbs sehr wohl veranlasst sein, Kosten auch durch die Inkaufnahme von Qualitätsminderung zu senken, gerade auch dann, wenn Hunderte oder Tausende von Arbeitsplätzen gefährdet sind oder der Fortbestand der Kasse bedroht ist und Patienten eben ein strukturelles Informationsdefizit haben und sich in erster Linie an der Beitragshöhe orientieren (wozu sie wahrscheinlich immer neigen, weil diese für ihn in jedem Fall immer sichtbarer und leichter vergleichbar ist als Versorgungsqualität)

2. Man kann gute Gründe dafür anführen, dass Krankenkassen im Hinblick auf Versorgungsqualität einen Informationsvorsprung gegenüber Patienten haben. Aber: Reicht dieses Wissen tatsächlich aus, um Qualität wirklich zu gewährleisten? Sind es nicht gerade die Besonderheiten des gesundheitlichen Versorgungsprozesses, die eine externe Kontrolle von Qualität in vielen Fällen erschweren? Und hilft es dabei wirklich, auf wirtschaftliche Anreize zu setzen? Ist nicht vielmehr davon auszugehen, dass die Drohung mit einer Kündigung des Versorgungsvertrages Transparenz über Qualität (z.B. die Information über Qualitätsmängel oder Behandlungsfehler) auch verhindert?

Daher sehe ich die Gefahr, dass dem Patienten (als Prinzipal) unter den Bedingungen des Wettbewerbs die Agenten verloren gehen, die tatsächlich seine Belange im Krankheitsfall wahrnehmen.

2. Wettbewerb und Bürokratie

Ich hatte eben dargelegt, dass eine ökonomische Nutzenorientierung und eine hochwertige Krankenversorgung differente Ziele und differente Handlungslogiken beinhalten. Sollen mit ökonomischen Anreizen gesundheitsbezogene Versorgungsleistungen gesteuert werden, so bedeutet dies. Dies bedeutet, dass man entweder Ausweichreaktionen der Beteiligten in Kauf nimmt, dass die Beteiligten oder man versucht, mögliche Ausweichreaktionen zu unterbinden. In diesem Fall müssen mehr oder wenige detaillierte kollektiv-verbindliche Regelungen erlassen und deren Einhaltung kontrolliert werden. Die Erfahrung zeigt aber, dass diese Maßnahmen neue Ausweichreaktionen hervorrufen. Damit setzt sich eine Bürokratisierungsspirale aus immer neuen Ausweichreaktionen und immer neuen Regelungen und Kontrollen in Gang.

In der gesundheitspolitischen Debatte ist es sehr verbreitet, Wettbewerb mit Freiheit und Abbau von Bürokratie gleichzusetzen. Ich möchte einer solchen Gleichsetzung deutlich widersprechen und stattdessen die These formulieren, dass Wettbewerb unweigerlich zu einem starken Anwachsen der Bürokratie im Gesundheitswesen führt und in der jüngeren Vergangenheit auch geführt hat

3. Weitere Probleme

Daneben existieren noch eine Reihe weiterer Probleme bei der Implementierung von Wettbewerb im Gesundheitswesen, die hier nur stichpunktartig erwähnt werden können:

- das Problem der Sicherstellung der Versorgung in der Fläche;
- das Fehlen von Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb auf der Anbieterseite: so sind gerade in ländlichen Regionen nur eine geringe Anzahl von Krankenhäusern oder gar nur ein einziges Krankenhaus in vertretbarer Entfernung vorhanden, so dass ein selektives Kontrahieren in manchen Regionen der Bundesrepublik gar nicht möglich ist; in abgeschwächter Form trifft dies in manchen ländlichen Gebieten auch auf die ambulante Versorgung zu;
- das Problem der Transaktionskosten bei der Implementierung von Wettbewerb (z.B. Anbahnungsaufwand für Individualverträge, Marketing, Verwaltungskosten, Fluktuation von Personal);
- das Problem der wachsenden Unübersichtlichkeit von Vertragsinhalten –sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten;
- das Problem des drohenden Verlusts von Versicherten, wenn Versorgungsverträge mit Ärzten gekündigt werden;
- das Problem der Diffusion von Versorgungsinnovationen: Sollen neue Versorgungsformen, die sich bewährt haben, auf die Pioniere beschränkt bleiben? Wäre dies kompatibel mit den Sicherstellungsaufträgen von Krankenkassen und Leistungsanbietern? Soll Dritten ein Beitrittsrecht zu innovativen Versorgungsverträgen gewährt werden? Wenn ja: Wo bleiben dann noch Anreize für Pionierarbeit?

Weitere Aspekte ließen sich anfügen.

4. Vernachlässigung der Prävention

Prävention ist anerkanntermaßen eine der großen Herausforderungen der Gesundheitspolitik. Eine Krankenkasse kann sich, wenn sie Präventionsmaßnahmen finanziert, zunächst nur einer Sache sicher sein: dass Prävention hier und heute Kosten verursacht. Ein möglicher finanzieller Nutzen tritt – wenn überhaupt – in vielen Fällen erst nach langen Zeiträumen ein.

Unter den Bedingungen der Wahlfreiheit bedeutet dies, dass eine Kasse niemals sicher sein kann, dass mögliche Kosteneinsparungen in der Zukunft tatsächlich ihr (die sie die Investitionen für die Prävention getragen hat) zugute kommen – und nicht der Konkurrenz, zu der ein Versicherter in der Zwischenzeit möglicherweise gewechselt ist. Sie kann zwar auch dann aus freien Stücken Präventionsprogramme für ihre Versicherten auflegen, aber wenn sie es tut, dann ist dies mit Blick auf den ökonomischen Nutzen von Prävention immer ein

Handeln unter Ungewissheit. Aus diesem Grund ist ökonomischer Wettbewerb ein ernstes Hindernis für die angemessene Berücksichtigung von Prävention durch Krankenkassen.

5. Immanente Logik: Erosion von Solidarität

Die Krankenkassen sind bisher in der Regel als Sachwalter des Solidargedankens in der GKV hervorgetreten. Auch im Konzept des solidarischen Wettbewerbs soll der einheitliche Leistungskatalog fortbestehen. Sehr fraglich ist jedoch, ob eine solche Handlungsorientierung von Dauer sein wird. Wahrscheinlich ist vielmehr, dass eine Wettbewerbssituation bei den Akteuren das Interesse frei setzt, alle Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer individuellen Position zu nutzen. Wenn staatliche oder kollektivvertragliche Regelungen und Beschränkungen der Verfolgung von Individualinteressen der Kasse entgegenstehen, wird sie diese als Hindernisse wahrnehmen und über kurz oder lang in Frage stellen. Damit gerät nicht nur die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen mit Leistungsanbietern, sondern zunehmend auch die Individualisierung von Versicherungskonditionen (also: die Differenzierung von Leistungsansprüchen und Finanzierungsmodi) als Handlungsoption ins Visier von Krankenkassen. Damit aber wird das Solidarprinzip selbst in Frage gestellt. Dass diese Entwicklungen bereits jetzt in die Handlungsstrategien von Krankenkassen Einzug halten, lässt sich z. B. daran verdeutlichen, dass sie durch Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen verstärkt versuchen, für Versicherte – besonders für Gesunde – attraktiv zu sein (und sie zum Kassenwechsel bzw. zum Kassenverbleib anzuregen).

Insgesamt also hat der Wettbewerb eine immanente Tendenz, sein Anwendungsfeld nicht auf die Krankenkassen und die Leistungsanbieter zu beschränken, sondern auch auf die Leistungsansprüche und Finanzierungsmodi überzugreifen. Auf diese Weise trägt die Wettbewerbssituation dazu bei, dass der subjektive Rückhalt des Solidargedankens bei den Krankenkassen erodiert. Schon jetzt orientieren sich Krankenkassen in ihren gesundheitspolitischen Positionsbestimmungen zunehmend an ihrer individuellen Marktposition. Dadurch bestimmt sich ihre Problemwahrnehmung und ihre Handlungsstrategien. Dies wird etwa am Beispiel RSA deutlich: Die jeweiligen Positionen zu diesem Problem sind offenkundig abhängig vom ökonomischen Interesse, und bei manchen haben sich in Abhängigkeit von der Veränderung ihrer Marktposition sogar die Positionen in der Zeit gewandelt. Offenkundig begünstigt der Wettbewerb im Hinblick auf das Solidarprinzip eine gewisse normative Beliebigkeit bei den Akteuren.

6. Kontextbedingungen

Schließlich werden die skizzierten Trends durch die Kontextbedingungen, innerhalb derer sich das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik entwickeln, verstärkt und beschleunigt. Privatisierung, Ökonomisierung, Kommerzialisierung sind als übergreifende Tendenzen im Gesundheitswesen wirksam. So dringen Kapitalgesellschaften zunehmend in die Krankenversorgung ein bzw. vor (v.a. in der stationären Versorgung), deren Renditen auf dem Kapitalmarkt konkurrenzfähig sein müssen.

Gleichzeitig befinden sich die öffentlichen Haushalte in einer tiefen Krise, wird die soziale Sicherheit bekanntermaßen abgebaut und existiert ein anhaltender Druck auf die Lohnkosten. Daher lastet ein gewaltiger ökonomischer Druck auf der Krankenversorgung, der bei den Akteuren die die Tendenzen zur Entsolidarisierung verstärkt.

7. Schluss

Es ist ohne Frage zutreffend, dass staatlich verfügte Kontrahierungszwänge die Leistungsanbieter in den Nachkriegsjahrzehnten in eine komfortable Lage manövriert und die Herausbildung von Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen begünstigt haben. Aber diese Mängel mit dem Fehlen von Wettbewerb zu erklären, stellt eine Verkürzung einer weit komplexeren Problematik dar. Es sollte deutlich geworden sein, dass ich große Skepsis anmelde gegenüber der These von den segensreichen Wirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen – auch wenn man versucht, ihn in eine solidarische Rahmenordnung einzubetten.

Ich habe vielmehr die Befürchtung, dass eine Wettbewerbsordnung die Erwartungen an eine hochwertige und effiziente Versorgung bestenfalls teilweise erfüllt und mit einer Reihe von unerwünschten, kontraproduktiven Wirkungen verbunden ist. Denn das Mittel – der wirtschaftliche Anreiz – droht sich gegenüber dem Zweck – der Steigerung von Effizienz und Qualität – zu verselbständigen und dürfte über die skizzierten Mechanismen eine Erosion des Solidarprinzips nach sich ziehen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!