

Für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen

Direktverträge zwischen Ärzten und Kostenerstattern

Die nächste Runde einer Gesundheitsreform steht an. Insbesondere die Vertragsbeziehungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern stehen auf dem Prüfstand. Hier gilt es jedoch, eine Waffengleichheit herzustellen, die nur in einer allgemeinen Wettbewerbsordnung für alle Beteiligten zu suchen ist. Die Lösung sollte eine soziale Ordnungspolitik sein, die vor allem die Anreize der Beteiligten berücksichtigt, bei ausreichendem Schutz ökonomisch Schwacher.

Ausgangssituation

Im Gesundheitswesen liegt ein System unterschiedlicher Patient-Arzt-Beziehungen vor. Arzt und Patient haben nicht zwangsläufig die gleiche Interessenlage, u. U. liegt beim Arzt ein Informationsvorsprung vor und es existieren noch Kontrollkosten. Während der Patient vor allem die Zielgröße Qualität anstrebt, ist für den Kostenträger die Effizienz der Behandlung relevant. Gleichzeitig ist für den Arzt tendenziell die Zielgröße Qualität und angemessene Honorierung entscheidend, wohingegen die Versicherung wiederum die Zielgröße Effizienz anstrebt. Ein derartiges Auseinanderfallen unterschiedlicher Zielgrößen ist Grundlage vieler Austausch- und Wettbewerbsbeziehungen und grundsätzlich nicht problematisch, solange es institutionelle Vorkehrungen gibt, die einen Ausgleich der gegenläufigen Interessen erlauben.

Grundlegende Strukturprinzipien der GKV wie **Solidarprinzip** (einkommensabhängige Beiträge bei beitragsunabhängigen Leistungen) sowie das **Sachleistungsprinzip**, das ein Auseinanderfallen von Leistungsinanspruchnahme und Kostenbeteiligung für den Patienten impliziert, erlauben jedoch keine entsprechende Koordination unterschiedlicher Zielsetzungen auf der Mikroebene, sondern erzeugen noch den Anreiz zur Fehlsteuerung. Bedingt durch das Sachleistungsprinzip wird der Zusammenhang zwischen der Leistungsinanspruchnahme und der Steigerung der GKV-Gesamtausgaben für den Versicherten unzufühlbar. Gleichzeitig erzwingt die sektorale Trennung der Vergütung beim Leistungserbringer den Anreiz, als „teuer“ empfundene Patienten in das andere Versorgungssystem zu überweisen. Es liegt ein „**Verantwortungsvakuum**“ aller Beteiligten vor. Auf Ebene des Gesamtsystems besteht somit ein permanenter

Versuch, das Problem der Beitragssatzstabilität und der Qualitätssicherung mit einer Unzahl von Regulierungen zu lösen, die letztendlich jedoch nur in einer Interventionsspirale enden.

Notwendigkeit integrierter Versorgung

Die Bundesregierung plant mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) eine Reform der Leistungsbeziehungen im Gesundheitssystem. Insbesondere die unsystematischen **Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen** zwischen ambulantem und stationärem Sektor sind als problematisch anzusehen. Ein Versorgungssystem, das sich dem Grundgedanken einer **Integrationsversorgung** verschreibt, versucht, Versorgungsleistungen möglichst wirtschaftlich und bei hoher Qualität zu erbringen. Aus diesem Grunde ist die Möglichkeit des **selektiven Kontrahierens** zwingend erforderlich, nach dem einzelne Krankenversicherungen gezielt mit einzelnen Leistungserbringern oder einzelnen Organisationen von Leistungserbringern Vertragsbeziehungen abschließen können. Jedoch ist die Frage zu stellen, ob diese Zielsetzung auch in ein institutionelles Umfeld eingebettet ist, das einen Wettbewerbsprozess zwischen allen Beteiligten zulassen kann. Grundfrage der Auseinandersetzung wird vor allem sein, ob Krankenversicherungen langfristig als **Unternehmen** im weiteren Sinn verstanden werden, oder ob sie immer im Rahmen des Sozialrechts weiterhin als vorzugswürdiges Regulierungsinstitut interpretiert werden können.

Wie bei jeder Wettbewerbssituation liegen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern unterschiedliche Interessen vor. Interesse an einer Steuerung der Leistungsprozesse und

AUTOR



Univ.-Prof. Dr. Peter Oberender ist Stellvertretender Vorsitzender des Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth. Außerdem ist er der Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie sowie des Instituts für Gesundheitswissenschaften und Medizinmanagement. Darüber hinaus ist er u.a. Mitglied des Wissenschaftsrates und Vorsitzender diverser Landesschiedsämter.

Kontakt:

Prof. Dr. Peter Oberender
Universitätsstraße 30
95440 Bayreuth
Tel. 0921/55-2880

E-Mail:

peter.oberender@uni-bayreuth.de

Für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen

Direktverträge zwischen Ärzten und Kostenerstattem

POSITIONEN

- Integrierte Versorgungsmodelle
- Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen
- Übernahme der Budgetverantwortung

BUCH-TIPP

„Wachstumsmarkt Gesundheit“ Therapie des Kosteninfarkts



Peter Oberender,
Ansgar Hebborn,
Jürgen Zerth
14,90 €
UTB Stuttgart,
2002
ISBN
3825222314

der Kostentransparenz trifft auf ein Interesse der Leistungserbringer, Exklusivitäten zu bekommen. Aufgabe einer Wettbewerbsordnung ist es, durch entsprechende Regularien das gegenläufige Interesse zu koordinieren (Marktgegenseite und Marktneben-seite). Die Frage ist, wie die Wettbewerbsordnung der GKV zu betrachten ist. Insbesondere soll die Frage der Marktmacht der Krankenversicherungen untersucht werden. Aus ökonomischer Sicht ist nicht die entscheidende Frage, ob es eine Legalvermutung durch das Gesetz gibt, sondern ob und wie sich ein Wettbewerbsprozess entwickeln soll. Im Wettbewerb zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern kann jedenfalls kein originär hoheitliches Handeln unterstellt werden und es gibt ökonomisch keine Gründe dafür, hier nicht von einer unternehmerischen Tätigkeit zu sprechen. Ökonomisch liegt eine Principal-Agent-Beziehung vor, nach der der Versicherte/Patient (Principal), die Sachwaltung der Krankenkasse überträgt. Der Einwand, Sozialversicherungsträger würden nicht im Gewinnerzielungsinteresse handeln, muss vor einem ökonomischen Grundsatz unbeachtlich sein, da nicht die Motive der Handelnden entscheidend sind, sondern die Folgen.

Kompatible Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen

Vor diesem Hintergrund kann ein Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen nur dann nicht zur Einengung von Aktionsparametern und damit zur Einengung der Wahlfreiheit für die Versicherten/Patienten führen, wenn der Krankenkassenwettbewerb dem allgemeinen Wettbewerbsrecht unterliegt. Damit ist aber die bislang gesetzlich gebotene Form des **abgestimmten Verhaltens** („einheitlich und gemeinsam“) zu verbieten. Die Frage nach den Ausgestaltungsoptionen der Leistungsbeziehung sind ohne eine Auseinandersetzung mit der Finanzierung und der wettbewerblichen Rolle der Krankenversicherungen nicht zu führen. Gegner liberalisierter Vertragskonzepte greifen einerseits das Problem des Machtgleichge-

wichts zwischen den Krankenversicherungen und den Ärzten heraus und weisen andererseits auf die Problematik der **Sicherstellung** der ärztlichen Leistung, vor allem in ländlichen Regionen, hin. Es ist jedoch zu hinterfragen, ob die Sicherstellung einer zu definierenden Regelversorgung per se die Aufrechterhaltung zwingender Versorgungsstrukturen bedarf oder auch in diesem Bereich dem föderalem Wettbewerb neue Betätigungsfelder übergeben werden können. Statt des Sicherstellungsauftrages mittels staatlicher Angebotsplanung („Bedarfspläne“) sollte eine **Sicherstellungsvorgabe** seitens des Staates erfolgen, die dann von Krankenversicherungen zu erfüllen ist.

Alle Ansatzpunkte einer Reform der Leistungsbeziehungen müssen die Anzelebene der Leistungserstellung (Honorierung) berücksichtigen. Durch die **sektorale Budgetierung** war es bislang möglich, Patienten aus dem jeweiligen Finanzierungssystem **„heraus zu überweisen“** und damit die Kosten auf andere Leistungserbringer zu **externalisieren**. Notwendig sind deshalb **kombinierte Budgets**, die die **Budgetverantwortung** eindeutig einem integrierten Versorgungsnetz zuordnen.

In einer liberalisierten Form der Versorgungsstruktur ist es dann möglich, dass auf **dezentraler Ebene** zwischen dem einzelnen Netz und einer einzelnen Krankenkasse eine Pauschale je Versicherten ausgehandelt werden müsste, der sich für das Netz entscheidet. Korrespondierend dazu ist über **materielle und/oder immaterielle Anreize für Versicherte** nachzudenken, die sich für die integrierte Versorgung entscheiden. Die Ausgestaltung der Patientensouveränität im Gesundheitswesen ist somit unmittelbar mit den Möglichkeiten der integrierten Versorgung verbunden.

Alle Reformkonzepte einer Neuorientierung knüpfen Vertrags- und Vergütungsstrukturen mit dem **Ziel der Qualitätsverbesserung** im Gesundheitswesen zusammen. Als Hauptprobleme werden in der Regel die mangelnde **medizinische und ökonomische Transparenz** über die Qua-

¹ Dies bezieht sich auf Strukturverträge und Modellvorhaben sowie die Grundelemente einer integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V.

² Soweit die individuelle aktuarische Prämie einen zu definierenden Eigenanteil übersteigt, hat jeder Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines Versicherungsgeldes.

Für eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen

Direktverträge zwischen Ärzten und Kostenerstatern

lität des Leistungsangebots sowie die fehlenden entsprechenden **Anreize** dazu konzediert. Die bereits eingeführten Möglichkeiten, innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln und auszuprobieren, können als **Aufbruch der verkrusteten Situation** bezeichnet werden¹.

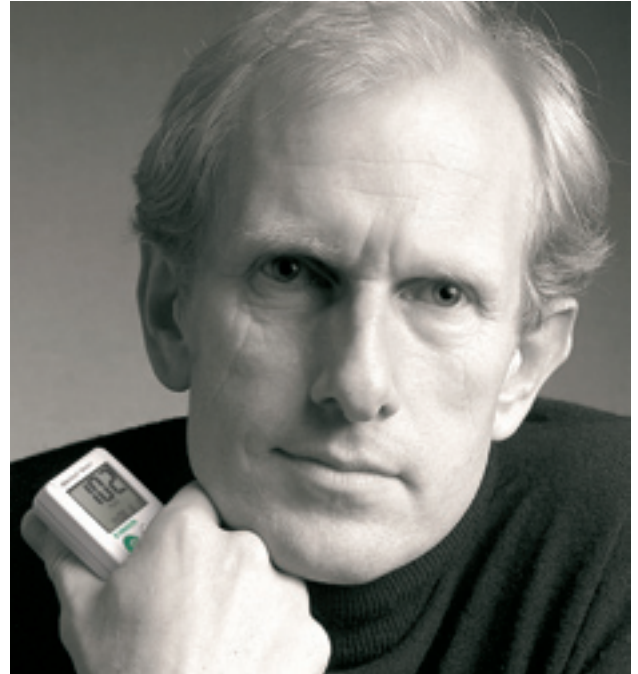
RESÜMEE

Ziel der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung muss es sein, Entscheidungskompetenzen auf die Ebene der einzelnen Bürger zurückzuverlagern, gleichzeitig aber eine anreizkompatible Umverteilung zu gewährleisten. Dabei muss es sich nicht um einen gordischen Knoten handeln, wenn berücksichtigt wird, dass eine Verschwendung der Ressourcen solange systeminhärent ist, solange Anreize bestehen, über fremde Ressourcen ohne finanzielle Verantwortung zu verfügen.

Bei einer Zusammenführung individueller Handlung und finanzieller Verantwortung (Haftungsprinzip) ließen sich derartige Anreizprobleme lösen. Bezug nehmend auf die Krankenversicherung ist demnach zwischen Versicherungsmarkt und Umverteilungsebene zu trennen. Bei einer Grundversicherung für alle (allgemeine Versicherungspflicht), kombiniert mit der Möglichkeit, risikoäquivalente Prämien zwischen Versicherten und Kostenträger zu vereinbaren (Marktlösung), ließe sich die Umverteilungskomponente über eine Subjektförderung, beispielsweise einer Versicherungsgeldlösung², anreizneutral gestalten.

Direkte Verträge können innerhalb einer derartigen Rahmenordnung eine Chance für den einzelnen Arzt sein, sich mit Qualität zu differenzieren und einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. Gleichwohl verlangt diese Entwicklung einen entscheidenden Schritt zu Änderungen der Finanzierungs- und Leistungsbeziehungen. Solange die politischen Lösungen auf der halben Strecke stehen bleiben, wird kontraproduktiv ein nicht zusammenhängendes System sich teilweise widersprechender Regulierungen weiter ausgebaut, was nicht zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs beitragen kann. Hier gilt das besondere Augenmerk bei den anstehenden Reformvorhaben.

"Mit Sicherheit gut beraten"



Sensor
Omnitest®
Blutzuckermess-System

Omnitest® Sensor
Blutzuckermessgerät
und Omnitest® Sensor
Blutzuckersensoren –
die sichere Basis für die
Diabeteskontrolle.

Möchten Sie mehr erfahren
über Omnitest® Sensor
oder unsere Leistungen im
Bereich Diabetic Care?
Anruf genügt! Telefon:
(0 56 61) 71-33 99



B | BRAUN

B. Braun Petzold GmbH
Postfach 11 20
D-34209 Melsungen
www.diabetes-line.de