

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

Solidarität und Effizienz als Widerspruch?

Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen

PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER | EVA WALZIK, DAK-GESUNDHEIT



In dem Maße, wie der Begriff „Wettbewerb“ in der politischen Rhetorik in der Vergangenheit inflationär bemüht wurde, ist eine konsequente ordnungspolitische Ausrichtung des Gesundheitswesens aus dem Blick geraten. Die Idee, wettbewerbliche Suchprozesse könnten zur Versorgungssteuerung genutzt werden, blieb dem sozialrechtlichen System fremd. Entsprechend haben sich bisher auch die mit dem selektivvertraglichen Wettbewerb verknüpften Hoffnungen nicht erfüllt, dieser könnte innovative Versorgungsformen hervorbringen. Tatsächlich haben die in den vergangenen Jahren veränderten Bedarfe und Strukturen die Probleme bei der Gestaltung von Wettbewerb noch erhöht. Der vorliegende Beitrag skizziert die Herausforderungen für ein Konzept des selektiven Kontrahierens. Ein kassenindividuelles Innovationsbudget könnte verbunden mit entsprechenden Evaluations- und Publikationspflichten dazu beitragen, dass erfolgreiche Selektivverträge einzelner Krankenkassen durch Nachahmung in die Regelversorgung des Kollektivvertrags übergehen.

1. Ausgangslage

In den letzten Jahren ist verstärkt zu beobachten, dass die Zahl staatlicher Eingriffe in das komplexe Gesundheitssystem zunimmt, obwohl die politische Rhetorik das Wort „Wettbewerb“ geradezu inflationär verwendet. Jeder Eingriff provoziert weitere Regelungen und setzt letztlich eine Interventionsspirale in Gang. Eine konsequente ordnungspolitische Ausrichtung: Fehlanzeige. So gerät zusehends das eigentliche Ziel einer sozialen Krankenversicherung aus dem Blick, nämlich eine populationsorientiert effiziente, also wirksame, qualitätsorientierte und gleichzeitig kostengünstige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gewährleistungsträger sind im Rahmen gesetzlich übertragener Aufgaben die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das bedeutet Strukturverantwortung für ca. 90 Prozent der Bevölkerung (GKV-Versicherte) und implizit auch für die zehn Prozent der Privatversicherten.

Das ordnungspolitische Konzept für die Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen blieb in der alten Bundesrepublik jahrzehntelang fokussiert auf die kollektive Interessenvertretung aller (Zahn-) Ärzte durch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, den öffentlichen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser (Krankenhausplanung / Investitionsfinanzierung der Länder) und das kollektive Handeln der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt. Anfang der 1990er Jahre war das meist verwendete Begriffspaar der gesetzgeberischen Normierung „gemeinsam und einheitlich“ – und dies trotz der schrittweise eingeführten Wahlfreiheit für alle Versicherten.

Den strukturellen Ausgabenproblemen des Systems begegnete man einerseits durch eine gezielte Begrenzung des

Leistungsrahmens oder durch Budgetvorgaben, andererseits durch die Schaffung neuer Finanzierungsinstrumente, wie etwa die Einführung von privaten Zuzahlungen. Beide Strategien machten Gesundheitspolitik zu einer extrem unpopulären Veranstaltung im politischen Prozess. Der Gedanke, wettbewerbliche Suchprozesse zur Gestaltung des Leistungsangebotes, der Versorgungsprozesse, der Kapazitätssteuerung und der Vertragspartnerschaften zu nutzen, blieb dem sozialrechtlichen System fremd.

2. Das Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung

Genau in dieser Zeit – Anfang der 1990er Jahre – beschäftigten sich namenhafte Experten aus Wissenschaft und Verbänden mit der Frage, wie in einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem die Versorgung effizient, also auf hohem Qualitätsniveau und zugleich wirtschaftlich organisiert werden kann. Bereits damals wurde deutlich, dass Solidarität und Effizienz kein Widerspruch sind, sondern sich geradezu bedingen. Der damalige Diskussionsprozess innerhalb der GKV führte zu dem gemeinsamen Grundsatzpapier „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte Krankenversicherung“ (ARGE 1994). Es wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen einstimmig als Grundlage der gesundheitspolitischen Forderungen beschlossen.

Das Konzept der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ (zum Begriff: Rebscher 1993) sollte zunächst das politische Dilemma überwinden, das Ausgabenproblem im Gesundheitswesen mit geradezu rituellen Forderungen nach Leistungsbegrenzungen bzw. Finanzschöpfung

anzugehen. Die Grundlage dieses Konzepts war dagegen „Rationalisierung vor Rationierung“ und „Solidarität durch Effizienz“. Seitdem hat sich nicht nur die Politik – gleichgültig welcher Couleur – den Begriff der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ zu eigen gemacht. Auch zahlreiche Experten nahmen und nehmen in ihren Veröffentlichungen Bezug auf dieses Konzept, wie etwa das erst jüngst – im Jahre 2014 – von Cassel, Jakobs, Vauth und Zerth herausgegebene Werk „Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.

Die Erwartung, dass selektivvertraglicher Wettbewerb in größerem Ausmaß innovative Versorgungsformen hervorbringt, hat sich allerdings bislang nicht erfüllt.

So zeigt sich, dass nach zwanzig Jahren ein Update der Solidarischen Wettbewerbsordnung notwendig ist. Was hat der Wettbewerb im Gesundheitswesen bisher gebracht? Wo taugt er? Wo stößt er an Grenzen? Angesichts des hochkomplexen Gesundheitswesens ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Zu Beginn der Analyse ist festzuhalten, dass die Grundidee des Konzepts der Solidarischen Wettbewerbsordnung noch heute gilt: einen Suchprozess zur Lösung komplexer und selten eindeutig definierbarer Versorgungszusammenhänge zu etablieren. Selektives Kontrahieren ist das wettbewerbliche Instrument, das zielführend Effizienz in einem normativ auf Solidarität und Umverteilung gegründeten System schaffen kann. D. h. das Streben nach Effizienz gefährdet in diesem Kontext nicht die normativ gesetzten Ziele (Solidarität, populationsorientierte Versorgung, gleicher Zugang), sondern stützt sie.

Veränderung der Bedarfe und Strukturen

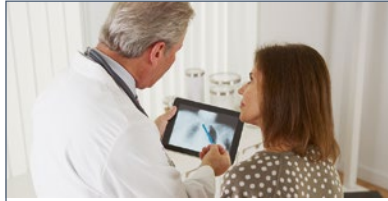
Medizinischer Bedarf ...



© locrifa / Fotolia

- Älter werdende Gesellschaft
- Zunahme chronischer Erkrankungen

und Markttrends ...



© locrifa / Fotolia

- Zunehmende Spezialisierung in der Medizin
- Zunahme der Schnittstellen in der Versorgung

werfen Fragen auf.



© Photographereu / Fotolia

- Adäquate Versorgungsangebote und -modelle (auch für Betriebe)
- Koordination der Versorgung

Quelle: DAK-Gesundheit, 2015



Wenn die Schnittstellen in der Versorgungskette zunehmen, wird die Koordination der Versorgung im Wohnumfeld immer wichtiger.

Wettbewerb hat die ordnungspolitische Funktion, einen Suchprozess durch Einzelne zu ermöglichen, um die Versorgung aller zu verbessern. Die Suche ist notwendig, weil man nicht weiß, was das Beste ist. Erst im Suchprozess kann es sich herauskristalisieren. Wettbewerb im Gesundheitswesen darf nicht zu Risikoselektion oder Mehrklassenmedizin und damit zunehmender Ungleichheit führen. Er strebt daher keine dauerhafte Exklusivität des Angebotes an. Auf den Punkt gebracht, heißt dies in den Worten von Stefan Huster: „Dass wir Gesundheit als ein Gut betrachten, für das soziale Ungleichheiten folgenlos sein sollen, ist eine zivilisatorische Errungenschaft, die wir nicht leichter Hand aufgeben sollten“ (Huster 2011).

Die ökonomische Wissenschaft rückt zunehmend von der These ab, dass Wettbewerb immer Allokationseffizienz schafft. Es gibt gesellschaftliche Bereiche der Regulierung und politischen Gestaltung, in denen Normen und rechtliche Ansprüche die Wohlfahrt erhöhen. Märkte benötigen institutionelle Regeln und Kontrollinstrumente; sie benötigen einen Ordnungsrahmen. Dies gilt nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern für alle Märkte (Stiglitz, Akerlof, Sandel, Krugman, Binswanger), was übrigens bereits lange vor der Finanzmarktkrise diskutiert wurde. So ist zum Beispiel auch zu berücksichtigen, dass der Wettbewerb nicht für alle Gü-

ter geeignet ist. Michael J. Sandel stellt in seinem bekannten Buch „What money can't buy“ die provokative Frage, ob man mit Allem handeln darf. An einigen empirisch gut belegten Beispielen, wie etwa Transplantation, Blutspende, Verspätung im Kindergarten und Stimmrechte, macht er plastisch deutlich, dass die Ökonomie den Charakter dieser Güter verändert. Sein Fazit: Preise können ethische Normen verletzen.

Die politische Debatte um die allokative Effizienz von Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen ist oft von einer erhabenen Banalität und weitgehenden Nichtbeachtung von Bedingungen, Grenzen und Perspektiven gekennzeichnet. Aufgabe der Gesundheitsökonomie ist es, zur Versachlichung dieser Debatte beizutragen. Dies gilt ebenso angebots- wie nachfrageseitig. Dazu gehört es, die „kommerzielle Landnahme“ (siehe den Beitrag von Hengsbach in dieser Publikation) zu verhindern und trotzdem die Innovationskraft zu erhalten.

3. Zum Bedingungsrahmen

Veränderung der Bedarfe und Strukturen

Die Bedarfe und Strukturen haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Da ist zum einen der medizinische Be-

darf. Durch die älter werdende Gesellschaft müssen wir mit einer weiteren Zunahme langer chronischer Behandlungsverläufe und steigender Multimorbidität rechnen. Wohnortnahe Behandlungskonzepte müssen auf die individuellen komplexen Bedarfe abgestimmt werden (Stratifizierung). Wir werden uns also auf die Koordination komplexer Versorgungszusammenhänge einstellen können. Gleichzeitig erleben wir eine zunehmende Spezialisierung der Professionen auch in der Medizin. Das führt zu immer mehr Schnittstellen in den Versorgungsketten. Dies wiederum wirft Fragen nach den adäquaten Angeboten und Modellen und nach der Koordination der Versorgung im Wohnumfeld der Patienten auf.

Effizienz versus Preiswettbewerb – das Problem der Marktspaltung

Ein grundlegender Sachverhalt wird häufig übersehen, nämlich die Tatsache, dass in jedem Krankenversicherungssystem (ob staatlich als Sozialversicherung oder privat) zwar alle Mitglieder Beiträge zahlen, aber nur wenige Versicherte Leistungen in einem nennenswerten Umfang in Anspruch nehmen. Empirische Untersuchungen belegen, dass 20 Prozent der Menschen 80 Prozent der Gesundheitsleistungen benötigen.

Für die Ökonomie der Systemsteuerung ist allerdings der Umkehrschluss bedeutsam, dass 80 Prozent der Menschen lediglich 20 Prozent der Leistungen beanspruchen. Gerade dieses Verhältnis problematisiert die Aspekte Zahlungsbereitschaft, individuelle Nutzenkalküle und Präferenzäußerungen. Verschärfend kommt hinzu, dass es eine enorme Kompression der Ausgaben auf wenige Jahre vor dem Tod gibt.

Diese empirisch gut gesicherte Ausgangslage ist bei der Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente von zentraler Bedeutung (Rebscher/Walzik 2011). Wenn nämlich 80 Prozent der Menschen keinen nennenswerten, aktuellen und konkreten Nutzen aus dem System ziehen, bleibt es eine zentrale Aufgabe, deren Zahlungsbereitschaft durch eine Beitragsverpflichtung zu erhalten. Individuelle, am persönlichen Nutzen orientierte Preismodelle (Zusatzprämien, Zusatzversicherungen, Wahltarife etc.) scheitern deshalb schon im Ansatz und schwächen perspektivisch die Finanzausstattung des Systems.

Nimmt man diesen Tatbestand ernst, sind naive Preissteuerungsmodelle, wie die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte und mittlerweile wieder abgeschaffte „kleine Prämie

Effizienz vs. Preiswettbewerb

Effizienz entwickelt sich in der aufwändigen Versorgung der Wenigen

Preiswettbewerb richtet sich an die Vielen ohne relevanten Versorgungsbedarf



Quelle: DAK-Gesundheit, 2015



Das Problem der Marktspaltung ist für die Beurteilung gesundheitsökonomischer Instrumente von zentraler Bedeutung.

/ pauschaler Zusatzbeitrag“ (Richter 2005) kontraproduktiv. Denn Prämienmodelle richten sich ausschließlich an preisreagible Gesunde, die keine oder kaum Leistungen benötigen. Notwendig sind dagegen Reformansätze, die die Effizienz der Versorgung in den Vordergrund rücken, denn wirkliche Effizienz bei der Leistungserbringung zeigt sich vor allem im Bereich der aufwändigen gesundheitlichen Versorgung (80 Prozent) der wenigen erkrankten Versicherten (20 Prozent).

Ein durch Risikoselektion und Leistungsverweigerung erzielt Prämienrückgang für ausschließlich preisreagible gesunde Versicherte darf nicht als „effizient“ interpretiert werden. Mit tatsächlicher Wirtschaftlichkeit oder Effizienz einer Krankenkasse hat dies nichts zu tun. Zudem widerspricht ein Wettbewerb um Prämienvermeidung jeder Idee von Wettbewerb als Suchprozess und behindert die Innovationsfähigkeit des Systems. Die individuelle Informationspflicht der Krankenkassen bei Beitragssatzsteigerungen und der geforderte explizite Hinweis auf billigere Krankenkassen sind daher ein wettbewerbsschädlicher Nachklapp eines längst gescheiterten Ansatzes. Die dadurch ausgelösten fehlleitenden ökonomischen Anreize zwingen alle Beteiligten zu einer kalten, betriebswirtschaftlichen Logik, die Risikoselektion befördert.

Ein Wettbewerb, der die Optimierung der Versorgung zum Ziel hat, wird damit grob diskriminiert. Zudem werden Krankenkassen zu harten Strategien der Ausgabenvermeidung gezwungen. Alles wird getan, um kurzfristige Zusatzbeiträge zu vermeiden. Es gibt keinen Anreiz für einen Wettbewerb um effizientere, an den Versorgungsnotwendigkeiten orientierte Abläufe. Kurzfristig attraktive Angebote werden gezwungenermaßen auf betriebswirtschaftlich attraktive Zielgruppen ausgerichtet (Junge und Gesunde) statt auf langfristige Versorgungsstrategien (kranke, chronisch kranke, multimorbide Patienten).

Als Zwischenfazit ist daher festzuhalten: Die veränderten Bedarfe und Strukturen sowie das Problem der Marktpaltung erhöhen die methodischen Probleme der Gestaltung von Wettbewerbsbedingungen um Koordinations- und Organisationsfragen komplexer Produktionszusammenhänge.

4. Herausforderungen für ein Konzept des selektiven Kontrahierens

Messung von Qualität und Effizienz

Das Konzept des „selektiven Kontrahierens“ ist nur dann zielführend zu administrieren, wenn eine hinreichend si-

chere Verständigung über die Verwendung des Begriffs der Effizienz erfolgt, und zwar „Effizienz“ in Bezug auf ihre allokativen und distributiven Ziele und Wirkungen. Gerade wenn im Ansatz des „selektiven Kontrahierens“ ökonomische Vorteile vermutet werden, muss umso sorgfältiger auf die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse Wert gelegt werden.

Viele politische und wissenschaftliche Beiträge erschöpfen sich in der Hoffnung, dass selektive Verträge quasi von sich aus Effizienz produzieren und für Qualität und Innovation sorgen, ohne mitzudenken und vorzulegen, was die inhaltliche Dimension ist, die eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung ausmacht, und wie man dies in Abgrenzung unterschiedlicher Anbieter und deren Leistungsversprechen messen und beurteilen kann.

So müssen angebotsseitig zum Beispiel die Fragen der Effizienzmessung, der risikoadjustierten Qualitätsvergleiche und der Umgang mit komplexen Interventionen beantwortet werden. Nachfrageseitig ist zu klären, wie die Versorgungsorientierung verbessert und der Patientennutzen stärker berücksichtigt werden kann. Versicherungsseitig ist vor allem darauf zu achten, dass keine Anreize zur Risikoselektion gesetzt werden. Dazu gehört es auch, den Risikostrukturausgleich weiterzuentwickeln.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen, ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs. Durch ihn soll gewährleistet werden, dass Krankenkassen für alle Versicherten – unabhängig von deren Einkommen und Morbidität – eine risikoäquivalente Zuweisung erhalten. Gleichzeitig wird so die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb geschaffen. Der Beitragssatz soll nicht ausdrücken, dass eine Krankenkasse zufällig gesündere Versicherte oder besser verdienende Mitglieder als eine andere hat, vielmehr soll er Ausdruck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein. Der Ausgleich der Risikostrukturen schafft so eine idealtypische Form individueller risikoäquivalenter Finanzzuweisung bei der einzelnen Krankenkasse, und zwar genauer als im realen privaten Versicherungsmodell.

Wegen dieser systematischen Portabilität bietet der Risikostrukturausgleich die Grundlage einer umfassenden Wahlfreiheit der einzelnen Versicherten (Wettbewerb). Der Risikostrukturausgleich ist somit entscheidende Vorausset-

zung und zugleich Mindestbedingung für Wettbewerb im Solidarmodell der GKV.

Ziele des Wettbewerbs

Die ökonomische Perspektive ist eine wichtige, aber nicht die einzige bei der Beurteilung konkreter Versorgungskonzepte. Die Perspektiven der Versicherten, der betroffenen Patienten, der Leistungserbringer, der beteiligten Institutionen, der Politik, der Medizin, des Sozialrechts etc. sind ebenso rational begründbar und legitim. Selektives Kontrahieren gegen die Interessenlagen und die Perspektiven der Beteiligten zu richten, wird scheitern. Vor diesem Hintergrund verfolgt der Wettbewerb folgende Zielsetzungen:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten,
- Lenkung der Gesundheitsleistungen zum Bedarf,
- effektive Zielerreichung durch Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes, d.h. durch Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität,
- effiziente Leistungserstellung durch optimale bzw. kostengünstige Produktion sowie
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung der Produktionsfaktoren.

Funktionen des Ordnungsrahmens

Die Innovationsfähigkeit des Systems muss gesichert bzw. gefördert werden. Sie ist abhängig von der Investitionsfähigkeit seiner Akteure. Dazu gehört zentral ein Finanzierungs- und Honorierungssystem, in dem die Innovationsperspektiven in ihrer zeitlichen Dimension mit den Investitionsperspektiven harmonisieren. Eine kurzfristige Preisreagibilität (etwa durch Zusatzprämien) zerstört diesen Zusammenhang und ist deshalb innovationsfeindlich.

Es muss möglich sein, Innovationen rechtzeitig zu bewerten und für das Versorgungssystem verfügbar zu machen. Eine Kultur des Nachweises durch gute klinische Studien (Fokus: Evidenz) und einer integrierten Versorgungsforschung (Fokus: patientenorientierte Outcomes) sind zwingende Bedingungen einer Innovationsstrategie.

Es ist ein verlässliches internes und externes Qualitätsmanagement zu implementieren, das mit entsprechenden Qualitätsindikatoren und Verfahren zur Risikoadjustierung zu einem vertrauensstiftenden und fairen Unterscheidungsmodell entwickelt wird.

Eine experimentelle Kultur, die den jeweils aktuellen Versorgungszusammenhang kritisch hinterfragt und alternative Problemlösungsszenarien ermöglicht, ist zu etablieren und zu fördern. Dies ist mit einer Evaluationskultur zu verbinden, die den neu gefundenen Versorgungszusammenhang beurteilbar und damit das System durch Benchmarks lernfähig macht.

Ein unterstützendes liberales Vertragsrecht ist als Ergänzung zur kollektivvertraglichen Grundstruktur des Systems notwendig, um die Suchprozesse Einzelner zum Zwecke der Optimierung für Alle dienstbar zu machen. Dabei ist darauf zu achten, dass es weder durch staatliche Instanzen, noch Krankenkassen oder Leistungserbringer zu einem monopolistischen Marktmissbrauch kommen kann.

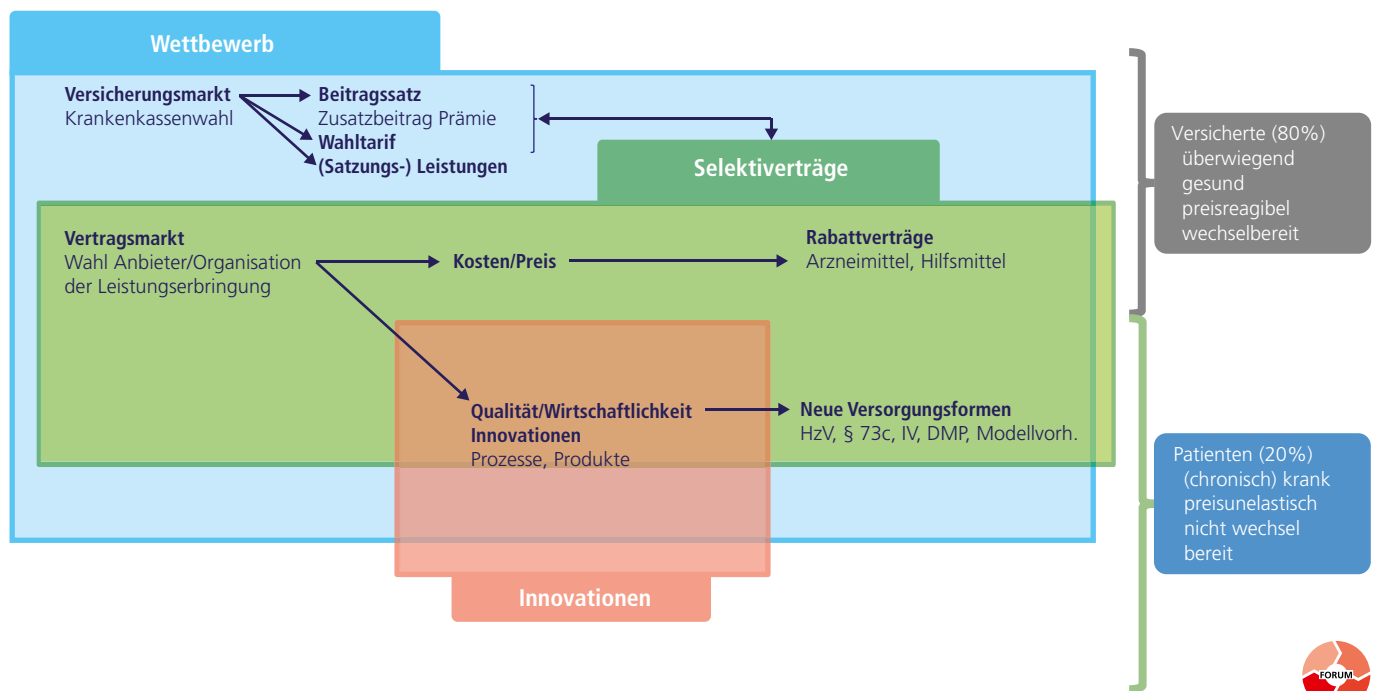
Methodisches Rüstzeug

Zu den unterschätzten Faktoren des Konzepts der Selektivverträge zählen die Anforderungen an ein Methodenset und der Umgang mit der immanenten Begrenztheit aller Methoden. Prädiktion, Evaluation, die Gestaltung geeigneter Klassifikationsmodelle zur Honorierung und die Transaktionskosten kleinteiliger Umsetzungen führen bei der Entwicklung selektiver Vertragsmodelle oft zum Stillstand oder – schlimmer – zu rein marketinggetriebenen Angeboten.

Bei der Implementierung wettbewerblicher Instrumente im regionalen Kontext mit seinen kleinteilig agierenden Akteuren wird die Veränderung gewachsener Versorgungszusammenhänge als Problem häufig unterschätzt. Gerade wenn „selektives Kontrahieren“ eine gesundheitsökonomisch wünschenswerte Ergänzung der bestehenden korporatistischen Koordinationsordnung sein soll, gilt es bei einer seriösen Beurteilung die jeweiligen allokativen Stärken und Schwächen der alternativen Konzepte zu benennen und anhand überprüfbarer Kriterien zu gewichten.

Am Beispiel der Krankenhausversorgung wird deutlich, dass man sehr genau die konkreten Bedingungen, die Messbarkeit der Effekte und die sichere Beurteilbarkeit der Ergebnisse im Blick haben muss. Da in der Krankenhausversorgung (wie auch bei der Wahlentscheidung zu Versicherungskollektiven) ausdrücklich keine Zufallsverteilung stattfindet, sondern sogar eine von Experten (in der Regel den niedergelassenen Fachärzten) ausgelöste Ein- und Zuweisung der Patienten, hat dies Konsequenzen: Die Zuweisung oder die gezielte Konzentration von einfachen „Routinefällen“ innerhalb einer DRG auf bestimmte

Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb



Quelle: IGES 2015

Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen braucht Anreize – wie etwa durch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget.

Einrichtungen im DRG-Ranking bildet eine hohe „Wirtschaftlichkeit“ ab, während eine wegen ihrer besonderen Qualität oder ihrer optimierten sächlichen Ausstattung gezielt für komplexe Fälle gesuchte Einrichtung im Modell des DRG-Rankings eine „Unwirtschaftlichkeit“ ausweist.

Daher sind für die DRG-Kalkulation hinreichende Regelungen für die Erfassung der Komplexität der Versorgung zu entwickeln und für die Qualitätsvergleiche robuste Verfahren der Risikoadjustierung vorzusehen. Erst beide Instrumente machen Vergleiche bezüglich Wirtschaftlichkeit (Effizienz) und Qualität möglich und sinnvoll.

Die Beurteilung der Qualität ist wiederum methodisch aufwendig und besitzt ihrerseits dringend vorab zu klärende Begrenzungen, z. B. auf die Zahl der Qualitätsparameter, deren Messbarkeit, deren Relevanz für die Versorgungsqualität und für den therapeutischen Nutzen beim Patienten. Als Grundlage für die Isolierung bestimmter Qualitätsziele und Kriterien dienen die jeweiligen Guidelines der entsprechenden nationalen oder internationalen Fachgesellschaften.

Auch ein einfacher Vergleich von Qualitätsindikatoren zwischen einzelnen Krankenhäusern wäre ohne eine Risikoadjustierung innerhalb der genannten Qualitätskriterien

überaus fragwürdig. Ein fairer Vergleich, insbesondere von Ergebnisindikatoren, erfordert daher eine Adjustierung für die Risikosituation der Patienten. „Selektives Kontrahieren“ setzt deshalb einen offenen und transparenten Umgang sowohl mit den ökonomischen Kennziffern, den Qualitätskennziffern und der Risikoadjustierung voraus.

5. Fazit: Selektivvertraglicher Innovationswettbewerb

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Er dient der Suche nach der besseren Versorgungslösung und ist daher vor allem ein Vertrags- und kein Preiswettbewerb. Wettbewerb um die bessere Versorgungslösung braucht vor allem Anreize für Krankenkassen, deren Versicherte überproportional von Multimorbidität betroffen sind. Dies sollte durch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget geschehen. Die dazugehörigen Evaluations- und Publikationspflichten werden dafür Sorge tragen, dass erfolgreiche Selektivverträge einzelner Krankenkassen für einen begrenzten Versichertenkreis durch Nachahmung in die Regelversorgung bzw. den Kollektivvertrag übergehen und damit dem Ziel

der GKV, eine populationsorientierte bessere Versorgung anzustreben, entsprechen.

Ziel ist es, den Wettbewerb als einen Suchprozess zu begreifen, bei dem die Erfahrung der Wenigen (Vertragspopulationen) zum Benchmark für die Verbesserung der Versorgung Aller (Gesamtpopulation) wird. Es entstehen demnach also zunächst zusätzliche Wahlmöglichkeiten für die Patienten zwischen Regelversorgung und innovativen Behandlungsformen. Selektivverträge üben dadurch eine Stachelfunktion auf die Kollektivverträge aus und bauen Verbesserungsdruck auf. In der Folge entwickelt sich ein lernendes System, in dem Erfolge nachgeahmt und Fehler vermieden werden.

Die Suche nach der besseren Versorgung für Patienten, die Evaluation des Wirkungszusammenhangs, die Publikation der Ergebnisse mit dem Ziel der Nachahmung des Guten, aufbauend auf einem Modell der risikoäquivalenten Finanzzuweisung an Krankenkassen – das ist der ordnungspolitische Kern des Konzeptes einer Solidarischen Wettbewerbsordnung.

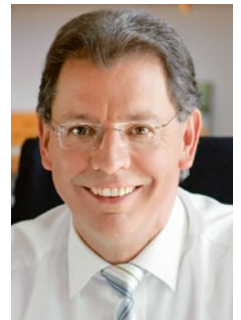
Literatur bei den Autoren

E-Mail-Kontakt:
Eva.Walzik@dak.de

.....
PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER
.....



Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit; Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth; 1996 bis 2003 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).



.....
EVA WALZIK
.....



Diplom-Volkswirtin, Leiterin des Berliner Büros der DAK-Gesundheit, 1999 bis 2008 Leiterin der Außenstelle der Ersatzkassenverbände in Berlin.

