

Viel mehr Markt, ein bisschen mehr Markt oder auf keinen Fall noch mehr Markt im Gesundheitswesen – die Meinungen über die Vor- und Nachteile des vielfach geforderten zusätzlichen Wettbewerbs in diesem ebenso kostenintensiven wie ideologisch stark verminten Bereich gehen weit auseinander. Norbert Schmacke untersucht die Frage, welche Form des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen die Qualität steigern kann und mehr kosten-senkende Effizienz mit sich bringt.

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine neue Mode?

Norbert Schmacke

Das vom Zeitgeist wie der wirtschaftlichen Entwicklung auf die Tagesordnung gesetzte Thema der Modernisierung der Sozialversicherungssysteme führt unweigerlich zu der Frage, ob, und wenn ja wie Wettbewerbselemente in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt werden müssen. Das Spektrum der Debatte soll kurz skizziert werden:

- Manche Vertreter des Solidaritätsprinzips befürchten, dass jedes mehr an Markt und Wettbewerb zum Untergang des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung führt.
- Kritiker des bisherigen Kassenwettbewerbs weisen darauf hin, dass die Versicherten ihre Kassenwahl primär von der Beitragssatzhöhe abhängig machen und nicht an unterschiedlichen Vertragsformen interessiert sein werden.
- Eine weitere Befürchtung geht in die Richtung, dass bei einheitlichem Leistungskatalog – an dem die Politik alles in allem festhält – der Wettbewerb doch am Ende eine Schlacht bleibt, die von den Marketingabteilungen der Kassen ausgefochten wird.
- Radikale Marktbefürworter sprechen sich demgegenüber dafür aus, nur noch einen Kernkatalog von verpflichtenden Leistungen zu formulieren und im

Übrigen die Versicherten zwischen völlig unterschiedlichen Leistungspaketen bei verschieden hohen Prämien wählen zu lassen.

- Gemäßigte Marktbefürworter setzen darauf, dass die Auflösung der Anbieterkartelle im kurativen Sektor der entscheidende Hebel zur Vereinbarung effizienterer Verträge zum Nutzen der Versicherten darstellt.

Entsprechend groß waren Befürchtungen wie Erwartungen an das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), welches mit großer Wahrscheinlichkeit 2004 das Licht der Welt erblicken wird, da CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN gemeinsam hinter diesem Reformgesetz stehen. Der große Wurf ist nicht gekommen, aber in Sachen Wettbewerb sind explizit wie implizit einige Türen einen Spalt weit geöffnet: Es können Verträge mit ausgewählten Krankenhäusern und Ärzten im Sinne sektorenübergreifender Versorgung geschlossen werden, es können medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten gegründet werden und Krankenhäuser können weiter als bisher für ambulante Versorgung geöffnet werden. Es würde an Wahrsagerei grenzen, Aussagen darüber treffen zu wollen, welche Auswirkungen diese Reformschritte in der Praxis haben werden.

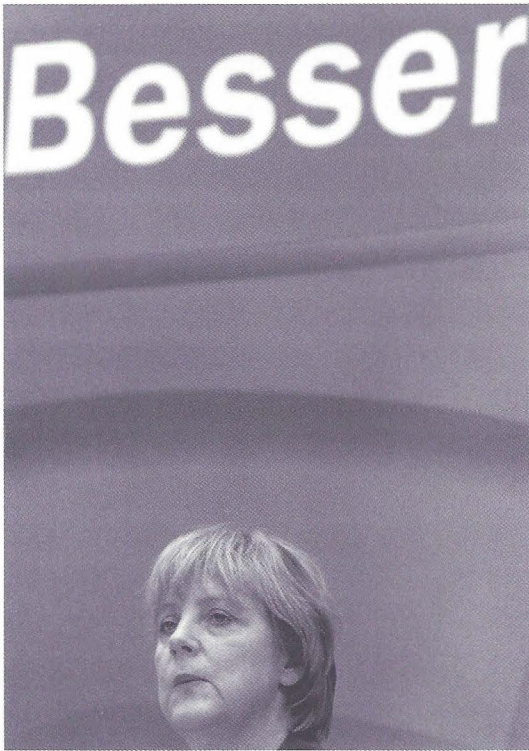
Nachfolgend soll eine Frage etwas ausführlicher beleuchtet werden: Gibt es Grund zu der Annahme, dass Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in Form von selektivem Kontrahieren die Qualität steigern kann und gleichzeitig zu mehr Effizienz führt? „Selektiv“ meint: Kassen können nach Kriterien wie nachgewiesene Qualität und Leistungsspektrum von Leistungserbringern entsprechend ausgewiesene Ärztinnen und Ärzte wie Krankenhäuser unter Vertrag nehmen, statt mit allen Vertragsärzten und allen im Bedarfsplan gelisteten Krankenhäusern unabhängig von deren Leistungsvermögen Verträge schließen zu müssen. Und welche Felder beziehungsweise Ansätze innerhalb des komplexen Versorgungssystems sind möglicherweise besonders geeignet, mit Elementen des Vertragswettbewerbs Erfahrungen zu sammeln? Hierzu wird zunächst ein Blick in die USA geworfen, dann werden Vorstellungen einer Beratergruppe der AOK zum Thema Qualität und Vertragswettbewerb vorgestellt, und drittens gebe ich eine persönliche Einschätzung, in welchen Bereichen Wettbewerb um bessere Versorgung in Deutschland überfällig ist.

Das gelobte oder abschreckende Vorbild für alle Überlegungen zu mehr Wettbewerb ist unweigerlich das US-amerikanische Gesundheitswesen – und hier vor allem die Vielfalt der organisierten Ansätze von Versorgungsoptimierung unter dem Schlagwort „Managed Care“. Die dahinter stehenden Anstrengungen von Versicherungen, mit ausgewählten Leistungsanbietern konkrete Zielvereinbarungen über Leistungsinhalte und -mengen abzuschließen, waren bezüglich Kosteneffektivität nach überwiegender Meinung von Forschung und Politik erfolgreich. Kritisch wurde aber vermehrt seit den 90er-Jahren gefragt, ob potente Versicherer hier nicht gezielt Risikoselektion betrieben haben und die Kostenreduktion zu Lasten der Qualität gegangen ist. Ein kurzer Blick in die Entwicklung in den USA ist vielleicht hilfreich. Die Debatte um die Qualität der stationären Versorgung hat vermutlich der Medizijnjournalist David Zinman angestoßen, der 1973 selbst recherchierte Daten zu Sterberaten nach Bypass-Operationen am Herzen publizierte; diese schwankten damals in den New Yorker Krankenhäusern um den Faktor neun. 1991 wurden dann im Staat New York erstmals arztbezogene Zahlen über Komplikationen bei Herzoperationen öffentlich bekannt gegeben. Heute ist es in New York üblich, dass das State Department of Health aktuelle Daten zur risikoadjustierten Mortalität von Herzoperationen auf seiner Homepage veröffentlicht – risikoadjustiert heißt dabei unter Berücksichtigung der Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung der jeweiligen Patientengruppen. Besonders interessant ist, dass im Gefolge dieser Erhebungen im Zeitraum von 1989 bis 2002 die Sterberaten nach Herzoperationen im Durchschnitt um 36 Prozent zurückgegangen sind. Und man geht davon aus, dass allein die krankenhausinterne Debatte um die Unterschiede in den Erfolgsraten ein wichtiger Stimulus für mehr Qualität gewesen ist. Es besteht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, dass das Ringen um relevante Ergebnisindikatoren in der Kombination von Veröffentlichung von Kerndaten und internem Qualitätsmanagement wesentlich effektiver ist als das in den USA seit fünfzig Jahren praktizierte Akkreditieren von Krankenhäusern (das heißt, Akzeptieren der Vertragsfähigkeit) nach reinen Strukturdaten. Die dortige Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) hat einen entsprechenden Kurswechsel eingeleitet. Momentaner Vorreiter eines moder-



„Erneuern“ will gerade jeder die Sozialsysteme, „besser“ machen können es die, die gerade nicht entscheiden müssen, sowieso, und „fair ändern“ ist das Motto Norbert Blüms, der viele der aktuellen Pläne – auch seiner Partei – für unsozial hält. Nur richtig zuhören will kaum noch jemand dem Mann, der einst versprach, dass die Renten sicher sind. (dpa)





nen Qualitätsmanagements ist die sogenannte Leapfrog Group, welche drei Kernforderungen an Krankenhäuser stellt, die nach ihrer Einschätzung den größten Nutzen für Patienten ergeben:

- Elektronische Erfassung von Medikamenten samt Dosierung zur Vermeidung von Überdosierungen und gefährlichen Nebenwirkungen
- Beschäftigung von Intensivmedizinern zur Verbesserung der Versorgung gefährdeter Patienten
- Einweisung von Patienten mit chirurgischen Wahl-Eingriffen in Krankenhäuser, die große Fallzahlen für die jeweilige Operation nachweisen können.

Auch für die mehr und mehr in den USA Routine werdende Veröffentlichung von Daten zum Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungserfolgen gilt möglicherweise, dass allein die Debatte um dieses – aus wissenschaftlicher Sicht alles andere als abgeschlossene – Thema ein mächtiger Anreiz zu mehr internem Qualitätsmanagement ist und insofern die Patienten auch ohne den unstrittigen Nachweis der Überlegenheit der Mindestmengen-Theorie bereits jetzt deutlich profitieren. Die zweite bemerkenswerte Veränderung in Sachen Qualitätsorientierung hat in den USA der Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) eingeleitet, der vom National Committee of Quality Assurance (NCQA) vor allem zur Qualitätssicherung von Managed-Care-Einrichtungen verwendet wird: Auch hier werden künftig vermehrt krankheitsbezogene Qualitätsindikatoren erhoben anstatt globale Aussagen über die Qualität von Versicherungsanbietern aufgrund des angebotenen Leistungsspektrums zu treffen. Dies betrifft zum Beispiel Verschreibungsraten nachgewiesenermaßen

nutzenstiftender Medikamente, die Häufigkeit von Spätschäden chronischer Erkrankungen, Sterberaten und postoperative Komplikationen nach Wahleingriffen oder Impfraten. Drittens setzen immer mehr Krankenhäuser so genannte ereignisorientierte Patientenbefragungen ein. Große Versicherer wie Medicare haben den Fragebogen der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in ihre vertraglichen Auflagen übernommen, und dieser stark auf empirischen Vorarbeiten der Picker Foundation fußende Fragebogen befasst sich mit folgenden Bereichen:

- Respektierung der Werte der Patienten, ihrer Präferenzen und geäußerten Bedürfnisse
- Koordinierung und Integration der Versorgungsbereiche
- Information, Kommunikation und Erziehung
- Körperliches Wohlbefinden (vor allem adäquate Behandlung von Schmerzen)
- Emotionale Unterstützung – professionelles Eingehen auf Sorgen und Ängste
- Einbeziehung von Familienangehörigen und Freunden
- Kontinuität der Behandlung, insbesondere bei Übergängen zwischen den Sektoren
- Zugang zum Versorgungssystem

Die ersten Auswertungen eines Datensatzes von 20 000 Patienten in Kalifornien zeigten, dass vor allem bei der Kontinuität der Betreuung aus Patientensicht die größten Mängel deutlich werden, dass aber die befragten Patienten keineswegs zu leichtfertiger Rundum-Kritik an der stationären Versorgung neigen. Der verstärkte Einsatz von Qualitätsindikatoren ist in bestimmter Weise ein Reflex auf die immer wieder geäußerte Kritik, dass Managed-Care-Organisationen sich primär an Kostenminimierung und nicht an Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierten. Und es konnte inzwischen gezeigt werden, dass die generelle Sorge vor Qualitätseinbrüchen durch Managed Care (und das heißt immer auch harter Wettbewerb) nicht gerechtfertigt ist, sondern dass durch den gezielten Einsatz von Qualitätsindikatoren in Verträge dieser dem Marktprinzip innewohnende Konflikt vermeidbar ist.

Der Blick in die USA führt nicht zu einer einfachen Bilanz, aber eben auch nicht zu einer schlichten Ablehnung jeglichen Wettbewerbs. Nun werden die Vor-

aussetzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig deutlich andere sein als in dem extrem heterogenen Gesundheitsmarkt der USA. Der einheitliche Leistungskatalog steht nicht zur Disposition, und auch wer dies für die Gegenwart oder die Zukunft anders bewertet und heute bereits Rationierungsansätze befürchtet, wird das hohe Maß an Sicherheit für Versicherte in der GKV im Vergleich zu den USA kaum generell gefährdet sehen. Als erster großer Krankenversicherer hatte die AOK eine Gruppe von Wissenschaftlern aufgefordert, ein Gutachten zum Vertragswettbewerb zu erstellen und dieses Gutachten in die laufende Debatte um die Weiterentwicklung der GKV eingebracht. In diesem Gutachten wird gefordert, einen konsequenten Vertragswettbewerb durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Modelle sektorenübergreifender Versorgung zu ermöglichen – und dabei in die Verträge obligatorisch Vereinbarungen über einen Kernsatz von Qualitätsindikatoren aufzunehmen. Dieser Vorschlag zielt darauf ab, alle Beteiligten der Vertragsbeziehungen in die Qualitätsdebatte einzubeziehen: die Leistungserbringer durch Anreize zu mehr Qualitätsmanagement, die Krankenkassen auf dem Weg zu gestaltenden statt Kosten erstattenden Sachwaltern ihrer Versicherten, und last not least die Versicherten selber mit der Intention, ihnen mehr Markttransparenz zu schaffen und aufgeklärte Entscheidungen über die Kassenwahl und Auswahl der Leistungserbringer zu ermöglichen. Die Basisindikatoren erstrecken sich auf

- die Bereiche Teilnehmer und Leistungsprofil (zum Beispiel Versicherte pro Arztgruppe, Öffnungszeiten, Hausbesuche)
- Qualitätsfähigkeit und Qualitätsentwicklung (Umsetzung von Qualitätsmanagement, Risikominimierung, Leitlinieneinsatz) medizinischer Prozesse und Ergebnisse (Prävention, Programme für chronisch Kranke, Wiederaufnahme nach stationärem Aufenthalt) und
- Bewertung durch Patienten (Patientenbefragungen, Reklamationen, Beschwerden).

Längerfristig wird für möglich gehalten, Sätze von Qualitätsindikatoren in Zertifikaten zu bündeln und zum Ausgangspunkt einer systematischen Gesundheitsberichterstattung zu nehmen. Mit diesem Vorschlag kommt ein neues Element in die Welt der Verträge innerhalb der GKV, nämlich die Einigung über

gemeinsame Qualitätsziele von Kasse und Leistungserbringern auf dem Weg zu einem systematischen Wettbewerb zwischen Behandlungsmodellen. In welchen Feldern lässt sich in absehbarer Zeit Wettbewerb um Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll einsetzen? Bezogen auf die Makrostruktur von Versorgung ist prinzipiell vorstellbar, dass durch Vertragsgestaltung folgende Modelle miteinander um Qualität konkurrieren:

- Regionale Gesundheitszentren mit Gesamtverantwortung für ambulante und stationäre wie rehabilitative Leistungen (so wie die DDR-Polikliniken im Prinzip organisiert waren)
- Arztnetze mit Budgetverantwortung für eine Region inklusive der Leistungen und Kosten der stationären Versorgung – wobei hier ein dezidiertes Hausarztmodell im Sinne eines angloamerikanischen „Gatekeeping“ (das heißt weitgehende Steuerung der fachärztlichen und stationären Versorgung über Allgemeinmediziner) erprobt werden kann.
- Krankenhäuser als Organisationsmittelpunkt für eine Region bei Nutzung der eigenen ambulanten Möglichkeiten und eingeschlossenen Verträgen mit niedergelassenen Fachärzten.

Implizit werden diese drei Ansätze mit dem konventionellen System der Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die kassenärztlichen Vereinigungen und dem Prinzip der Abschottung der Versorgungssektoren konkurrieren. Die Krankenversicherungen werden ihren Dienstleistungsauftrag vermutlich im Prozess des Wettbewerbs ihrerseits präzisieren. Alle genannten Vertragsoptionen hätten zur Voraussetzung, dass aus dem aufgebrachten Gesamtbudget der Versichertenbeiträge Teilbudgets für integrierte Versorgungsansätze herausgerechnet werden können und dass eine Datenbasis entsteht, auf der die unweigerlich nötigen Suchprozesse zu höherer Effizienz miteinander verglichen werden können. Dies ist sicher alles andere als einfach, aber auch nicht unmöglich, wenn man nicht erwartet, über Nacht flächendeckend alternative Versorgungsstrukturen aufbauen zu können. Die neuen Disease-Management-Programme bieten konkrete Möglichkeiten, die dort vorgesehene leitliniengestützte Behandlung und die Überlegungen zu Mindestmengen miteinander zu verbinden. Integrierte Versorgungsverträge könnten Verein-

barungen über rationale Arzneimitteltherapie und systematische Erfassung von Nebenwirkungen treffen, um endlich im Bereich der Vermeidung gravierender unerwünschter Wirkungen einen Schritt weiterzukommen. Das Endlosthema Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus ließe sich aus dem Stadium der Absichtserklärungen in das Stadium der kontrollierten Vergleiche überführen, und dies wäre eine echte Heldentat angesichts der ideologischen Debatte um die Gefahren der Einführung der DRGs (diagnosebezogenes Abrechnungsverfahren statt Erstattung fixer Tagessätze). Vereinbarungen über Risikomanagement im Krankenhaus in Kombination mit Erhebung relevanter Ergebnisindikatoren wie postoperative Komplikationen könnten in Verträge aufgenommen werden, um die rein defensive Diskussion um ärztliche Kunstfehler aufzubrechen. Der intelligente Einsatz von moderner Informationstechnologie könnte Gegenstand umschriebener Modelle werden, anstatt davon zu träumen, das deutsche Gesundheitswesen in die Welt der modernen Informationstechnologie (elektronisches Übersenden von Daten in der Binnenkommunikation und Nutzen des Intra- und Internets für Wissenstransfer) führen zu können. Diese Ideen zeichnen sich vielleicht durch einen hohen Grad an Wunschdenken aus. Doch da seit Jahrzehnten ein hoher Grad an Reformunwillen in der Versorgungslandschaft zu verzeichnen ist und es keine Patentrezepte und keinen besten Weg zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität gibt, ist es umso wünschenswerter, dass sich alle Akteure auf den schwierigen Weg der Suchprozesse einlassen.

Am Ende könnte man die Frage, ob Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auch wieder nur eine neue Modeerscheinung ist, vielleicht folgendermaßen beantworten: Wettbewerbliche Elemente werden weltweit in den unterschiedlichen Systemen der medizinischen Versorgung im nächsten Jahrzehnt größere Bedeutung erhalten. Als probates Mittel gegen problematische Formen der Risikoselektion wird die Vereinbarung von Qualitätszielen auf dem Boden von überzeugenden Qualitätsindikatoren zunehmend Akzeptanz finden. Die Debatte um die Fairness der ausgewählten Qualitätsindikatoren und die Publikation von Benchmarks werden das interne Qualitätsmanagement in den Systemen erheblich fördern. Dies ist vielleicht

neben dem unabweislichen Hinwirken auf Rationalisierungsgewinne listigerweise der größte Nutzen der Einführung von mehr wettbewerblichen Elementen in einer noch ausgesprochen monolithischen Versorgungslandschaft. Die Sorge, dass Marktelemente per se zu einer Zweiklassenmedizin führen, sollte nicht länger dogmatisch diskutiert, sondern durch die Entwicklung von Transparenzmodellen aufgefangen werden. Eine neue Tradition von Versorgungsforschung müsste helfen, seriöse Ansätze innerhalb dieser Reformprozesse durch Konzepte praxisnaher Datengenerierung und aussagekräftiger Evaluationen zu stützen. Das Kursverhalten des „Tankers“ Sozialversicherung in Sachen Wettbewerb ist erfahrungsgemäß kaum prognostizierbar. Mit raschen Kurswechseln dürfte kaum zu rechnen sein, so ist auch das Volumen in Höhe von ein (!) Prozent des Gesamtbudgets, welches der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2004 für neue Modelle integrierter Versorgung zur Verfügung steht, fast noch symbolischer Natur – und dies ist eine enorme Bremse für innovative Modelle, da die Krankenkassen verständlicherweise künftig nicht mehr bereit sein werden, Innovationsinvestitionen außerhalb der Budgets der Regelversorgung zu tätigen. Sicher erscheint demgegenüber, dass die publizierte Meinung der Medien und die Einstellung der Öffentlichkeit zur Qualität der Leistungen der Medizin an Bedeutung gewinnen werden. „Value for Money“ wird auch im Gesundheitswesen längst nicht mehr als eine anstößige Formel verstanden.

Leseempfehlungen des Autors Arnold, M./Klauber, J./ Schellschmidt, H.: Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer 2003. Schmacke N.: Hast Du es doch besser, Amerika? Sicherheit der Medizin und Patientenperspektive im Blickfeld von Wissenschaft und Politik. In: Arbeit und Sozialpolitik 2002; 56 (Heft 11/12), 18-23.



Prof. Dr. **Norbert Schmacke**, geb. 1948. Internist und Gesundheitswissenschaftler. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. 1999 bis September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband in Bonn. Habilitation 1995. Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung.

Kontakt
Marßel 48, 28719 Bremen, schmacke@uni-bremen.de