

■ Korporatismus und Wettbewerb

Seit etwa einem Jahrzehnt vollzieht sich in der politischen Steuerung des Gesundheitswesens ein tiefgreifender Wandel. Er ist gekennzeichnet durch die Einführung von Wettbewerbselementen und durch die Schaffung finanzieller Anreize zur Begrenzung medizinischer Leistungen.

Thomas Gerlinger, Arbeitsgruppe „Public Health“, geht in einer empirischen Analyse gesundheitspolitischer Steuerungsversuche der Frage nach, in welcher Weise die Einführung wettbewerblicher Steuerungselemente den Fortbestand des gewachsenen Systems der korporatistischen Steuerung berührt. Das deutsche Gesundheitssystem ist stark von korporatistischen Strukturen geprägt: Der Staat delegiert Handlungskompetenzen an verpflichtungsfähige Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer, die gesetzliche Rahmenvorgaben in Kollektivverhandlungen konkretisieren und verbindliche Vereinbarungen über Art, Menge, Qualität und Preis medizinischer Leistungen treffen. Besonders ausgeprägt ist die korporatistische Steuerung in der ambulanten Versorgung, wo die Verbände der Krankenkassen und – mit einem Vertretungsmonopol für die Vertragsärzte ausgestattet – die Kassenärztlichen Vereinigungen die Bedingungen der Leistungserbringung aushandeln.

Seit Mitte der 70er Jahre ist die Stabilität der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein zentrales Ziel der Gesundheitspolitik. Die bis zum Beginn der 90er Jahre verfolgte Kostendämpfungspolitik hatte dabei allerdings die gewachsenen Versorgungs-, Finanzierungs- und Regulierungsstrukturen weitgehend unangetastet gelassen. Der verschärfte Wettbewerbsdruck für die Unternehmen, der Anstieg der Arbeitslosenzahlen und die immer deutlicher werdenden Grenzen bisheriger Kostendämpfungsstrategien führten zu einer Umorientierung in der Gesundheitspolitik, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eingeleitet und in den seitherigen Gesundheitsreformen fortgesetzt wurde.

Seitdem wurde eine Reihe von Steuerungsinstrumenten implementiert, die für die GKV entweder neu waren oder so ausgebaut wurden, daß sie die Anreizstrukturen für die an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteure nachhaltig verändern. Zwei Instrumente stehen dabei im Mittelpunkt: Erstens konstituierte die freie Kassenwahl für die Versicherten einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, denn diese verloren damit ihre bisherige Bestandsgarantie. Ein niedriger Beitragssatz wurde nun zum entscheidenden Parameter in der Konkurrenz um Mitglieder.

Zweitens verlagerte die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung medizinischer Leistungen das Finanzierungsrisiko der Krankenbehandlung auf die individuellen Leistungsanbieter. Nicht mehr durch eine Ausweitung der Leistungsmenge, sondern – vereinfacht ausgedrückt – durch eine Begrenzung von Leistungen können sie nun ihre Einkommen erhöhen.

Kein Nullsummenspiel

Gemeinsam ist diesen Steuerungsinstrumenten, daß sie für Individualakteure einen Anreiz schaffen, sich aufgrund ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Auf diese Weise soll eine Kohärenz zwischen den Handlungsrationaltäten der Individualakteure und der zentralen politischen Zielvorgabe „Beitragssatzstabilität“ hergestellt werden. Im Zuge dieser Entwicklung wertete der Gesetzgeber die Beitragssatzstabilität als gesundheitspolitische

Zielgröße weiter auf und flankierte sie die meiste Zeit durch die administrative Festsetzung von Ausgabenobergrenzen (Budgets).

Die Steuerung der GKV ist kein Nullsummenspiel aus wettbewerblichen und korporatistischen Elementen. Auf der einen Seite geht mit der Einführung wettbewerblicher Anreize eine partielle Erosion kollektivvertraglicher Regelungen einher. In anderer Hinsicht aber setzt sich auch der Trend zur staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch zusammengesetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien fort.

Dies wird vor allem sichtbar in der Aufwertung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der verbindliche Richtlinien für die ambulante Behandlungen festlegt: Er hat nunmehr sämtliche Kassenleistungen auf ihren medizinischen Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit hin zu untersuchen. Daraus erwächst ein erhebliches Gestaltungspotential im Hinblick auf den Leistungskatalog der GKV.

Darüber hinaus wurden entsprechende Gremien auch für den stationären Sektor („Ausschuß Krankenhaus“) und für die sektorenübergreifende Versorgung („Koordinierungsausschuß“) geschaffen. Sie sollen insbesondere verbindliche Anforderungen für die medizinische Behandlung festlegen. Schließlich wurden auch die Kompetenzen der Krankenhausgesellschaften erweitert, die einzelnen Krankenhäuser bindende Ver-

einbarungen zu treffen – insbesondere im Hinblick auf die Vergütung von stationären Leistungen.

Was sind die Gründe für die anhaltende Bedeutung korporatistischer Steuerungsinstrumente? Erklärungen, die auf die Beharrungskraft einmal geschaffener Institutionen und auf die Macht institutionalisierter Interessen verweisen, greifen zu kurz. Vielmehr ist es gerade die mit den neuen Steuerungsinstrumenten einhergehende Ökonomisierung medizinischer Versorgung, die einen neuen Bedarf an Steuerung hervorbringt.

Zum einen tragen korporatistische Steuerungsformen dem Umstand Rechnung, daß für die Etablierung von Wettbewerbsmechanismen unter den Leistungsanbietern überhaupt erst Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Dies wird beispielsweise in der Reform der Krankenhausvergütung deutlich.

Hier erfordert die Einführung von diagnosebezogenen Pauschalentgelten eine Festlegung von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, die für alle Leistungserbringer Verbindlichkeit erlangen. Die Krankenhaus- und Kassenverbände sind für deren Ermittlung unverzichtbar, zumal nur sie über das notwendige Expertenwissen verfügen.

Re-Regulierung erforderlich

Zum anderen sind Korporatisierungstendenzen auch eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder – auf-

grund bisheriger Erfahrungen – antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen. Gerade wegen ihres Anreizes zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung werden kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbarer denn je, wenn verhindert werden soll, daß Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen. Insofern trägt die Verpflichtung von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern auf die Einhaltung von Versorgungsstandards dazu bei, unerwünschte gesundheitliche Wirkungen veränderter Anreizstrukturen zu vermeiden bzw. zu korrigieren.

Die skizzierte Ökonomisierung und insbesondere die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in einen hochkomplex organisierten, staatsnahen Sektor wie das Gesundheitssystem ist ohne ein Mindestmaß an Re-Regulierung offenkundig nicht möglich. Die in diesem Zusammenhang zu klärenden Fragen erfordern ein zunehmend hohes Maß an Detailwissen, über das nur die Experten in den beteiligten Verbände verfügen.

Schließlich dient die Delegation von Entscheidungskompetenzen an verpflichtungsfähige Verbände dem Staat auch dazu, sich von jenen Legitimationsrisiken zu befreien, die mit einer auf Kostendämpfung gerichteten restriktiven Interpretation des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit der GKV-Leistungen verbunden sind. Denn Gremien wie der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen agieren jenseits des Scheinwerferlichts der Öffentlichkeit und sind generell gegenüber Legitimationsrisiken unempfindlicher als Parteien, Regierungen und Parlamente.

Weiterhin vollzieht sich auf einigen Regulierungsfeldern eine deutliche Dekorporatisierung von Akteursbeziehungen und Steuerungskompetenzen – gerade im Kernbereich der korporativen Ordnung, dem ambulanten Sektor. Häufiger als in der Vergangenheit wendet sich der Staat an die Individualakteure und erweitert deren versorgungs- und vergütungspolitische Handlungsspielräume. Deutlich wird dies in den neuen Möglichkeiten der Kassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die über ein Vertretungsmonopol für die niedergelassenen Kassenärzte verfügen, unter bestimmten Bedingungen beim Abschluß von Versorgungsverträgen zu umgehen (z.B. bei sektorenübergrei-

fenden Versorgungsstrukturen) und Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu schließen.

Die Erosion kollektivvertraglicher Regulierungskompetenzen betrifft aber nicht nur die verfaßte Ärzteschaft, sondern auch die Kassenseite. So ist das Recht zum Abschluß von Verträgen über die integrierte Versorgung einschließlich der Vereinbarungen über die Vergütung der in diesem Rahmen zu erbringenden ärztlichen Leistungen den einzelnen Kassen und nicht etwa ihren Verbänden übertragen worden. Die Kassen erhalten diese Spielräume nicht mehr in der Perspektive, sie als Solidargemeinschaft der GKV-Träger, sondern als – zwar in einen öffentlich-rechtlichen Rahmen eingebettete, aber im Kern eben doch – konkurrierende, rational handelnde Wirtschaftssubjekte zu nutzen.

Insofern läuft die Aufwertung der Einzelkasse als Steuerungsinstanz auf eine Lockerung des kollektivvertraglichen Rahmens hinaus – ein Schritt, der in der Logik des Wettbewerbs nur konsequent ist. Darin kommt zugleich zum Ausdruck, daß der Gesetzgeber den Krankenkassen bei der Erschließung von Rationalisierungsreserven in der GKV eine Schlüsselrolle zuweist.

Zwist unter den Ärzten

Darüber hinaus begünstigen die Folgewirkungen von Budgetierung und Kassenwettbewerb auch auf indirektem Wege eine Erosion des korporativen Ordnungsmodells, denn sie führen zu einer fortschreitenden Fragmentierung von Interessen – sowohl bei den Finanzierungsträgern als auch bei den Leistungsanbietern. Diese Tendenz äußert sich bei den Kassen in einer ausgeprägten Neigung, ihre Handlungsstrategien nach Maßgabe

ihrer einzelwirtschaftlichen Interessen zu formulieren.

Bei den niedergelassenen Ärzten hat die Budgetierung der Ausgaben zu einer erheblichen Verschärfung der Verteilungskonflikte geführt. Insbesondere das Verhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten ist seitdem von tiefen Zerwürfnissen geprägt. Weil die Ärzte die Budgets als Beschränkung ihrer Einkommenschancen betrachten, liebäugelt eine wachsende Zahl von ihnen mit der Möglichkeit, selektive Verträge mit den Kassen abzuschließen.

Im Zusammenwirken mit der verstärkten Delegation von Kompetenzen an die Individualakteure untergräbt die neue Gemengelage der Anreize jene relative Homogenität von Interessen, deren Schaffung oder Bewahrung eine wichtige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit korporatistischer Steuerung ist. Sollte diese Interessenfragmentierung die Handlungsfähigkeit der korporatistischen Institutionen dauerhaft unterminieren, dürfte sich der Staat veranlaßt sehen, die Regelung der betreffenden Problemfelder in eigener Regie zu übernehmen.

Dennoch ist zu erwarten, daß korporatistische Regelungsmechanismen auch weiterhin Bestand haben werden. Denn mit einer weitergehenden Rücknahme staatlicher oder öffentlich-rechtlicher Verantwortung in der Gesundheitspolitik sind erhebliche Probleme verknüpft. Es ist kein Konzept in Sicht, das plausibel machen könnte, wie eine Steuerung gesundheitlicher Dienstleistungen allein oder vorrangig über Preis und Wettbewerb ohne massive Verwerfungen im Versorgungsniveau und in der Versorgungslandschaft zu bewerkstelligen wäre.

In einem solchen Fall wäre insbesondere ein Rückzug medizinischer Versorgungseinrichtungen aus der Fläche zu befürchten. Politische Akteure, die sich nicht erheblichen Legitimationsrisiken aussetzen wollen, dürften daher kaum auf die Zuweisung einer öffentlich-rechtlichen Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung verzichten wollen. So ist bei politischen Entscheidungsträgern entgegen allen rhetorischen Bekenntnissen zum Wettbewerb ein gewisses Unbehagen erkennbar, den Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung untereinander um günstige Beitragssätze konkurrierenden Kran-

Hinweis

gemäß § 26, Absatz 1, Bundesdatenschutzgesetz:

Die Postbezieher der WZB-Mitteilungen sind in einer Adreßdatei gespeichert, die mit Hilfe der automatisierten Datenverarbeitung geführt wird.

kenkassen zu übertragen. Ob und inwieweit ein politisches Interesse am Erhalt einer öffentlich-rechtlichen Verantwortung für die medizinische Versorgung zum Tragen kommt, hängt allerdings auch davon ab, ob die Versicherten das Interesse an einer flächendeckenden medizinischen Versorgung artikulieren.

Der skizzierte Ausbau von Wettbewerbselementen in der GKV ist noch nicht abgeschlossen, sondern wird in der für die kommende Legislaturperiode angekündigten Gesundheitsreform vermutlich fortgesetzt werden. Allerdings ist nicht damit zu rechnen, daß korporatistische Strukturen und Regelungsmechanismen in diesem Prozeß verschwinden werden. Vielmehr wird es dabei um die Neujustierung von wettbewerblichen und korporatistischen Steuerungsinstrumenten gehen. ■

Arbeitsgruppe
Public Health

Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, 42 S. (WZB-Bestellnummer ♦ P 02-204)