

Marktmacht und Ärztenetze

Bertram Steiner

Marktmacht, ein schwieriger Begriff

In einer marktwirtschaftlichen, arbeitsteiligen Gesellschaft ist der „Markt“ die Tausch-ebene, auf der die Dienstleistungen und Waren miteinander in ein Verhältnis gesetzt werden, zunächst einmal nach den Kriterien Angebot und Nachfrage. Zur besseren Handhabbarkeit dient ein einheitliches Tauschmedium, genannt „Geld“. Durch die Einführung des Geldes ergibt sich leichtere Vergleichbarkeit.

Der Begriff „Macht“ erschwert die Bewertung des Vorgehens. Akkumuliert sich auf der einen Seite Nachfrage oder Angebot, entsteht ein Ungleichgewicht. Ist diese Seite zugleich auch noch in einer wirtschaftlich überlegenen Lage durch Akkumulation von „Geld“, gelingt es ihr, den natürlichen Ausgleich durch künstliche Nachfrage- bzw. Angebotsverknappung empfindlich zu stören.

Die Seite mit der geringeren wirtschaftlichen Reserve wird gezwungen, den Ansprüchen der Gegenseite nachzugeben, bis die eigenen Reserven verbraucht sind und dieser Teilnehmer vom Markt verschwindet. Solche Marktmacht haben in der Regel die Zusammenschlüsse von Anbietern oder Nachfragern, Kartelle genannt.

Marktmacht im Gesundheitswesen

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts bestand ein kleinräumiger Markt ohne Kartelle. Erst 1883 entstand punktuell spürbare Marktmacht durch Bismarcks Krankenversicherungsgesetz. Die Nachfrageseite (Patienten) wurde gesetzlich in den Krankenkassen akkumuliert. Dieser „von oben“ verordneten Entwicklung stand auf der Anbieterseite zunächst nichts gleichwertiges gegenüber, erst durch einen Ärztestreik entwickelte sich vorübergehend Marktmacht auf der Anbieterseite (Ärzte).

Später gab es auch Ärztezusammenschlüsse mit Kartellcharakter, die dem Nachfragekartell Paroli bieten konnten. Im Rahmen der Gleichschaltung und zur besseren Steuerbarkeit wurde in der Nazizeit den freiwilligen Ärztezusammenschlüssen die Körperschaft des Öffentlichen Rechts übergestülpt. Dieses Sonderrecht erlaubte es den Machthabern, einfacher auf das Gesundheitswesen Einfluss zu nehmen.

Nach 1949 wurde der körperschaftliche Charakter der Anbieter- und Nachfrageseite beibehalten, allerdings wuchsen beide Gruppen auf einen fast totalen Organisationsgrad von 90% mit der Folge des kompletten Verlustes wettbewerblicher Regulationsmechanismen.

Es gab keinen Ausgleich zwischen der Anbieter- und Nachfragerseite mehr, „Preisverhandlungen“ zwischen den beiden Blöcken waren nur noch Simulationen, ohne die Bedürfnisse der jeweiligen Einzelmitglieder ihrer Gruppe zu berücksichtigen. Eine Führungskaste hatte sich herauskristallisiert. Der Gesetzgeber musste dem Geschehen ohnmächtig zusehen oder gesetzliche Veränderungen verfügen.

Der Gesetzgeber wollte die Finanzierungsfrage lösen ohne die körperschaftlichen Strukturen zu beenden. Ihm schwebten durchaus die regulativen Eigenschaften eines gesunden Wettbewerbs bei seinen Gesetzesvorhaben vor Augen. Allerdings ignorierte und ignoriert bis heute er den individuellen Spezialfall einer ärztlichen Dienstleistung.

Die aktuellen Gesetzgeber wollen auf der Nachfragerseite wenige große „player“ und auf der Anbieterseite eine um eine Zehnerpotenz größere Zahl von Marktteilnehmern. Zweck dieser Veränderung soll die Einführung eines „Anbieterwettbewerbs“ sein, also die Gelegenheit geschaffen werden, dass die Nachfrager die Anbieter zum gegenseitigen Unterbieten nötigen können.

Netze im Gesundheitswesen

Neben den körperschaftlichen Strukturen gab es bis zum Ende der 90er Jahre keine Netze. Durch die Ermöglichung von Selektivverträgen konnten erstmals nichtkörperschaftliche Ärztegruppen - „Netze“ – als Vertragspartner der Krankenkassen auftreten. Letztlich sind die Teilnehmer an jedem Hausärztervertrag oder IV-Vertrag „Netzteilnehmer“. Inzwischen gibt es tausende solcher Selektivverträge, also auch Netze.

Die nunmehr erfolgte allgemeine Freigabe dieses Preiswettbewerbs für die Krankenkassen führt zunächst zu kurzfristigen und –sichtigen Erfolgen für die Anbieter. Immer wieder wird mit einer „budgetfreien“ Bezahlung der Leistungen geworben, immer gibt es (scheinbar) mehr Geld für die Leistung in einem Selektivvertrag. Die rasante Zunahme von Selektivverträgen, kaum dass die Tinte unter dem Gesetz trocken geworden ist, zeugt von der Angst, zu spät zu einem solchen „Kuchenverteilen“ zu kommen.

Ärztetze und Marktmacht

Ärztetze für sich bedeuten keinerlei Marktmacht. Sie sind lediglich eine Vereinfachung für die immer noch (um eine Zehnerpotenz) stärkere Nachfragemacht, Selektivverträge abschließen zu können. Ohne das Vorhandensein solcher Ärztezusammenschlüsse bliebe den Krankenkassen nur die KV als Verhandlungspartner für ihre Selektivverträge. Und die KVen hätten – aber das ist nur eine unrealistische theoretische Erwägung – die Möglichkeit, sich diesen Verträgen zu verweigern.

Bis die Marktsättigung mit Selektivverträgen erreicht ist (und dies wird nicht mehr lange dauern), ist die Anbieterseite im Vorteil. Solange werden die Teilnehmer am

Selektivvertrag deutlich besser gestellt als im Kollektivvertrag. Die Marktsättigung ist erreicht, wenn ca. 60% der Gesamtvergütung für die Selektivverträge verbraucht werden. Angesichts der kurzen Zeit, die benötigt wurde, um 30% der Gesamtvergütung für IV-Verträge und ähnliches zu verwenden, wird deutlich, dass es nur einiger Monate bis zum Erreichen der 60% benötigt.

Die Vorstellung einiger Selektivvertragsprotagonisten, man könne, wenn die Bedingungen schlechter würden, diesen Vertrag wieder kündigen oder zumindest damit drohen, gehen fehl. Sind nur noch 40% der Gesamtvergütung für die kollektivvertragliche Versorgung übrig, wird die Bezahlung für diese Leistungen so gering sein, dass den am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten eine Kündigung vehemente wirtschaftliche Verluste einbringen würde.

Da die einzelnen (zumeist regionalen) Selektivverträge bei einer Kündigung nicht zu einer spürbaren Steigerung der Gesamtvergütung führen würde, hätte der Arzt keine Kompensationsmöglichkeit für die dann fehlenden Einnahmen. Hieraus entsteht der Druck, am Selektivvertrag festzuhalten, auch wenn die Nachfrager einseitig die Vergütung verringern werden. Für die Protagonisten der Selektivverträge änderte sich hierdurch ja wenig, die Aufwandsentschädigung für ihre Tätigkeit würde ja nicht sinken. Und die Begründung wäre auch dieselbe wie bei den Körperschaften: „Mehr war eben nicht drin!“

„Chancen“ durch Ärztenetze

Eine für jeden sehenden Arzt kaum verdrängende Wahrheit besteht in dem nicht zu bewältigenden Chaos durch eine unübersichtliche Vielzahl von solchen Selektivverträgen. Es ist bereits jetzt dem Arzt, der an drei oder vier Selektivverträgen teilnimmt, kaum möglich, die einzelnen Bedingungen auseinander zu halten. Angesichts der inflationären Entwicklung unterschiedlich „gestrickter“ Selektivverträge (zum Teil innerhalb einer Krankenkasse) ist die Situation nicht utopisch, dass ein Hausarzt dann mit zwanzig oder dreißig Selektivverträgen umgehen muss und Mitglied in vier oder fünf Ärztenetzen sein muss.

Ursache hierfür ist die Nicht-Direktabrechnung mit dem Patienten und die durch die Unterschrift unter dem Selektivvertrag geleistete Zusicherung, zu den jeweiligen Bedingungen zu behandeln und abzurechnen. Zwar gibt es auch bei den Privatversicherungen sehr unterschiedliche Vertragsformen. Allerdings ist dort nur der Versicherte mit seiner individuellen Vertragsgestaltung beschäftigt – nicht der Arzt.

Angesichts der offenkundigen Eigendynamik des Phänomens Selektivvertrag, besonders in Regionen mit großer Ärztedichte, also in Ballungsräumen und Großstädten, bleibt zumindest dort nur abzuwarten, bis das bürokratische Endzeitchaos ausbricht. In ländliche Regionen mit überschaubarer Ärztezahl und eher Unterversorgungsniveau sollte darauf geachtet werden, dass sich die Ärzte zur Abwehr solcher Selektivverträge zusammenschließen.

Also, verehrte Genossenschafts-, MEDI- und Sonstwie-Kollegen, wie immer gilt:

Respice finem!