

# Auswirkungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die Versorgung aus Sicht der Krankenkassen

18. April 2007



Dr. Doris Pfeiffer, VdAK/AEV

# Agenda

1. Vorbemerkung
2. Ziele und Strukturen eines funktionierenden Vertragswettbewerbs
3. Vertragswettbewerb im WSG
4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten
5. Versorgungsgestaltung nach WSG
6. Fazit

# 1. Vorbemerkung

## ⇒ Inkrafttreten GKV-WSG

## ⇒ Hauptreformbaustellen

- Ärztliche Vergütungsreform
- Organisationsreform der Verbände der Krankenkassen
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Einführung des Gesundheitsfonds
- Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
- Telematik

# 1. Vorbemerkung



- ➔ **Hauptaufgaben zu erledigen bis 31.12.2008**
- ➔ **in diesen Zeitraum fällt auch die Organisationsreform des Verbändewesens**



**anspruchsvoller Zeitplan mit hoher Wahrscheinlichkeit der Verzögerung einzelner Aufgabenerledigungen**

## 2. Ziele und Strukturen eines funktionierenden Vertragswettbewerbs

### ➔ Ziele

- Anreize für Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Konkurrenz und Pluralität
- erhöhte Versicherten-/Patientensouveränität durch mehr Wahlmöglichkeiten und höhere Transparenz
- Reduktion von Bürokratie und Dirigismus durch intelligente Vertragsgestaltung

## 2. Ziele und Strukturen eines funktionierenden Vertragswettbewerbs

### ⇒ Strukturen

- ordnungspolitische Vorgaben zur Sicherung einer angemessenen flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung
- ausgeglichene Marktstruktur ohne Wettbewerbsbeschränkungen durch Monopole und Kartelle
- ausreichende Managementfähigkeit bei allen Marktteilnehmern (z. B. auch Ärzten)

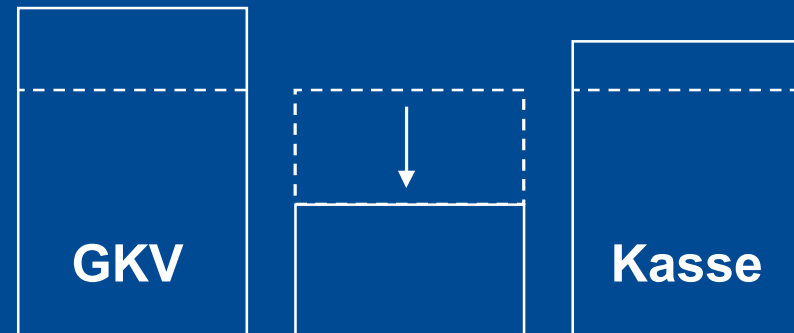
### 3. Vertragswettbewerb im WSG

#### ➔ Aufgabenverteilung GKV → Kasse

vor WSG:



nach WSG:



#### Folgen:

- Gesamteinflussnahmemöglichkeiten der Kassen sinken, da Zunahme GKV-Aufgaben die Zunahme der Kassenoptionen überkompensieren
- Reduktion kassenartenspezifischen Handelns birgt die Gefahr zunehmender Unübersichtlichkeit

### 3. Vertragswettbewerb im WSG

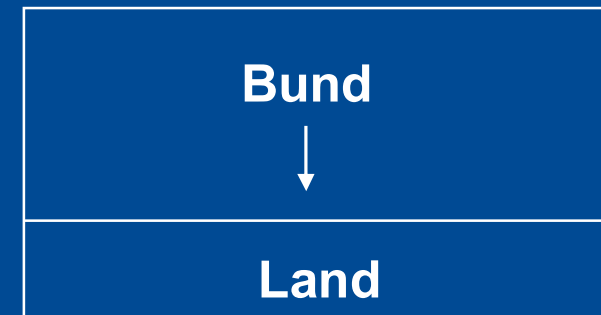
II

#### ➔ Aufgabenverteilung Bund → Land

vor WSG:



nach WSG:



#### Folgen:

- Möglichkeiten regionaler Versorgungssteuerung in der Regelversorgung werden eingeschränkt
- Gefahr finanzieller Risiken u. a. für Regionalkassen steigt (z. B. durch bundesweite Ausgabenverlagerung im Bereich Arzthonorare)

## 3. Vertragswettbewerb im WSG

I

### Strukturell wettbewerbsfreie Zonen

- Krankenhausplanung, -finanzierung
- Definition GKV-Leistungskatalog im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Hilfsmittelverzeichnis
- Marktzugang Ärzte, Zahnärzte und Heilmittel (Zulassung, ggf. Bedarfsplanung)
- Wirtschaftlichkeitsprüfung Ärzte, Zahnärzte
- Festbetragsregelungen (Arzneimittel, Hilfsmittel)
- Festzuschusssystem Zahnersatz
- Vergütungsstruktur ambulanter Leistungen der Regelversorgung (EBM, BEMA, BEL)

vor WSG

## 3. Vertragswettbewerb im WSG



### Strukturell wettbewerbsfreie Zonen (neu)

nach WSG neu

- Honorierung ärztlicher Leistungen  
(neu ab 01.01.2009)
- Gewährung von Impfleistungen  
(neu ab 01.04.2007)
- Vergütung ambulanter Leistungen im Krankenhaus in der Regelversorgung  
(§ 116 b neu ab 01.04.2007)

### 3. Vertragswettbewerb im WSG



#### Bereiche geringer Wettbewerbsintensität:

→ Vertragszahnärztliche Versorgung

→ Heilmittel

→ DMP

⌘ In diesen Bereichen sind wettbewerbliche Strukturen angelegt; inhaltlich sind wettbewerbliche Anreize nur gering ausgeprägt, weil Leistungsdifferenzierungen nur begrenzt sinnvoll (z. B. wegen Bezug zur RSAV bei DMP) oder möglich sind (z. B. im Ersatzkassenbereich bei Honorarverträgen mit KZVen)

## 4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten I

### Einzelvertragsoptionen nach WSG:

- Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V)
- Hausarztverträge (§ 73 b SGB V)
- Besondere ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V)
- Rabattverträge Arzneimittel (§ 130 a Abs. 8 SGB V)
- Hilfsmittelverträge (§ 127 SGB V)
- Krankentransport (§ 133 SGB V, soweit nicht besonderes Landesrecht)

## 4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten II

### aber neu nach WSG:

- Geltung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen bei allen freiwilligen Verträgen (§ 69 – neu – SGB V)
  - Folgen u. a.:
    - Verbot der Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung
    - Kartellverbot
    - Anwendung Vergaberecht für öffentliche Aufträge
- Vorlagepflicht für Verträge nach §§ 73 b, 73 c, 140 a ff. SGB V (§ 71 Abs. 5 SGB V)

## 4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten

### III

### Folgen:

- Erweiterte Einwirkungsmöglichkeiten durch Leistungserbringer (z. B. durch
  - Einschaltung von Kartellbehörden durch
  - Gegner von kassenbezogenen Vertragsgestaltungen wie Kassenärztlichen Vereinigungen)
- Erhöhung des bürokratischen Aufwands durch Beachtung von Ausschreibungsregularien in rechtlich zum Teil noch unbearbeitetem Raum
- Erhöhung der rechtlichen Unsicherheit über die Wirksamkeit abgeschlossener Verträge

## 4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten

## IV

### Trauerspiel Integrierte Versorgung

- kein Ausbau der Anschubfinanzierung (z.B. von 1 auf 3 %)
- Verlängerung nur bis 31.12.2008 (wegen Vergütungsreformen Ärzte und Krankenhaus)
- „Soll“-Vorschrift „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“
- Einschränkung der Verwendung der Anschubfinanzierung (nur für ambulante und stationäre Leistungen)

**Fazit: Erfolgsgeschichte wird nicht belohnt!**

## 4. „Ausbau“ einzelvertraglicher Möglichkeiten

V

- Konflikte zwischen Kollektiv- und Einzelvertrag überwiegend nicht gelöst
- programmierte Flucht in die Rationalitätenfalle:  
der individuelle Vorteil kann größeren kollektiven Schaden bewirken
- der jeweils zugrundeliegende Abwägungsprozess bevorzugt den Kollektivvertrag, da über diese Vertragsformen die höheren Ausgaben beeinflusst werden.

## 5. Versorgungsgestaltung nach WSG

### I

### Rahmenbedingungen für Einzelverträge unbefriedigend, aber individuelle Vertragsgestaltung ermöglicht

- stärkere Berücksichtigung der Nachfrage der kassenspezifischen Versichertenklientel
- größerer Einfluss bzw. mehr Rücksichtnahme auf regional/lokal gewachsene Versorgungsstrukturen

## 5. Versorgungsgestaltung nach WSG

## II

### Nachteilige Effekte für Versorgungsrealität

- geringe Vergleichbarkeit des kassenspezifischen Leistungsangebots
- Einschränkung des Postulats nach Einheitlichkeit der Behandlung
- Zunahme an Bürokratie bei Erweiterung der patientenbezogenen Vertrags- und Versorgungsmöglichkeiten

## 6. Fazit

1. Der Name „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ ist programmatisch richtig, aber inhaltlich falsch
  
2. Zusätzliche Wettbewerbsmöglichkeiten ergeben sich vorwiegend
  - in Bereichen, die sich aus Gründen der Leistungsharmonie, der gesetzlichen Rahmenbedingungen oder der Struktur auf Leistungserbringerseite nicht für Vertragswettbewerb eignen
  
  - in Bereichen mit geringer finanzieller Relevanz und
  
  - in Bereichen mit in der Regelversorgung überwiegend monopolistisch organisierten Leistungserbringern (z. B. KV, KH in Regionen mit geringer Versorgungsdichte)

## 6. Fazit



3. Der Bereich der Einzelverträge neben Kollektivverträgen bzw. –regeln erhält zu wenig Impulse für einen dynamischen Ausbau
  - Die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung wird nicht erhöht und nur wenig verlängert
  - Die Funktionsfähigkeit der kollektivvertraglichen Steuerungsinstrumente (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfung) wird durch die Einzelvertragsmöglichkeiten bedroht (z. B. Rabattverträge); die Steuerung von 95 % des Ausgabenvolumens ist im Einzelfall aber wichtiger als die max. 5 % einzelvertraglich bestimmter Ausgaben

## 6. Fazit



### 4. Was wäre der richtige Weg?

- Klare Trennung von Ordnungs- und Wirtschafts(förderungs)politik
- Wegfall von Angebotsmonopolen
- Bereitschaft zur Akzeptanz von marktgetriebenen Veränderungen bei der Politik (z. B. bei drohendem, aber die Versorgung nicht gefährdendem Kapazitätsabbau)

**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit !**