



Die Pflegeversicherung: eine vertragswettbewerbs- freie Zone

Klaus Jacobs

- 8.1 Reformbedarf bei der Steuerung
der Pflegeversorgung – 124**

- 8.2 Reformalternative: Wettbewerb wie in der GKV? – 126**
 - 8.2.1 Die Konzeption der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ – 126
 - 8.2.2 Voraussetzungen für Vertragswettbewerb – 128
 - 8.2.3 Fehlende Voraussetzungen in der SPV – 130

- 8.3 Fazit und Ausblick – 131**

- Literatur – 132**

■ Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit der Frage, inwieweit vertragswettbewerbliche Steuerung zur Verbesserung der Pflegeversorgung beitragen kann. Hierzu wird die Konzeption der Solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrachtet und ein Blick auf die Erfahrungen gerichtet, die dort seit der Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich mit vertragswettbewerblicher Versorgungssteuerung gemacht wurden, bzw. auf die Gründe, warum es in dieser Hinsicht kaum positive Erfahrungen gibt. Vor diesem Hintergrund fällt die Beurteilung der Zweckmäßigkeit vertragswettbewerblicher Steuerung in der Pflegeversicherung negativ aus. Insbesondere ist im Pflegekontext eine wesentliche Funktionsbedingung der GKV-Wettbewerbskonzeption nicht hinreichend erfüllt: die Fähigkeit der (überwiegend alten, multimorbiden und oftmals zudem kognitiv beeinträchtigten) pflegebedürftigen Versicherten zur individuellen Kassen- bzw. Tarifwahl. Außerdem gibt es bislang kein Konzept zur Ausgestaltung eines pflegekompatiblen Risikostrukturausgleichs. Dieser Befund unterstreicht gleichzeitig die Skepsis gegenüber der Forderung nach einer Integration von Pflege- und Krankenversicherung.

This article deals with the question to what extent competitive control of contracts can contribute to improving the provision of care. To this end, the author examines the concept of the solidarity-based competitive system of statutory health insurance (SHI) and takes a look at the experiences that have been made since the introduction of free choice of health insurance funds and the risk adjustment scheme with contract-based competitive care control and at the reasons why there are hardly any positive experiences in this respect. Against this background, the appropriateness of contract competition control in long-term care insurance is assessed as negative. In particular, one essential condition of the SHI competition concept is not sufficiently fulfilled: the ability of the (predominantly old, multimorbid and often also cognitively impaired) insureds in need of long-term care to choose their individual insur-

ance fund or tariff. Moreover, there is no concept yet for the design of a risk adjustment scheme that is compatible with long-term care. This also underlines the scepticism about the demand for an integration of long-term care insurance and health insurance.

8.1 Reformbedarf bei der Steuerung der Pflegeversicherung

Rund ein Vierteljahrhundert nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung mit ihren beiden Zweigen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) gibt es strukturellen Reformbedarf in drei eng miteinander verknüpften Bereichen der Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung. Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen vor allem Reformen der Finanzierungsstrukturen, speziell im Hinblick auf die künftige Rolle und Ausgestaltung der Pflegeversicherung: Wer soll in Zukunft in welcher Form an der solidarischen Finanzierung des Versicherungsschutzes beteiligt sein? Bei der Beantwortung dieser Frage geht es zugleich aber auch um Fragen des Leistungsrechts: Welche Leistungen sollen künftig zur solidarisch finanzierten Pflegeversorgung gehören und welche nicht? Eine Antwort hierauf betrifft unmittelbar die Höhe der Eigenanteile, die die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen im Leistungsfall selbst tragen müssen. Zugleich wird auch die seit Einführung der Pflegeversicherung in Anlehnung an die Gesundheitsversorgung geschaffene strikte Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsbereich tangiert, die der Herausbildung neuer Formen bedarfsgerechter Pflegearrangements im Grenzbereich von ambulant und stationär vielfach entgegensteht.

Deutlich weniger Beachtung als finanzierungs- und leistungsstrukturelle Fragen finden in der aktuellen Reformdebatte zumeist Überlegungen zu Steuerungsstrukturen. Dabei fin-

det Steuerung in Bezug auf die Pflegeversorgung in mindestens dreifacher Form statt, bzw. – dies unterstreicht diesbezüglichen Reformbedarf – sie findet nur unzureichend statt oder zumindest nicht in einer zweckmäßig ausgestalteten und letztlich im Interesse der Betroffenen wirksamen Form.

- Auf der Makroebene geht es um die Steuerung der regionalen Pflege-Infrastruktur, oder anders formuliert: um die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an bedarfsgerechten Pflegeleistungen vor Ort.
- Auf der Mikroebene geht es um die Steuerung der Pflegebedürftigen in bedarfsgerechte Settings, und zwar nach Möglichkeit nicht nur in Bezug auf die eigentlichen Pflegeleistungen, sondern auch im Hinblick auf präventive und rehabilitative Leistungen zur Pflege sowie alle Formen der (präventiven, kurativen und rehabilitativen) Gesundheitsversorgung der Pflegebedürftigen sowie Leistungen ihrer sozialen Teilhabe.
- Schließlich geht es um die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bei denjenigen, die die vorgenannten Leistungen erbringen, das heißt: die Definition und Gewährleistung von Mindestqualitätsstandards sowie eine möglichst stetige Verbesserung von Qualität und Effizienz der Pflegeversorgung bzw. der Gesamtversorgung der Pflegebedürftigen, zumindest in Bezug auf die im Rahmen der SPV und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) organisierten und von diesen beiden Sozialversicherungszweigen (mit-)finanzierten Leistungen.

Ordnungspolitisch konsistent wäre es nun, für diese drei Steuerungsdimensionen bzw. -aufgaben die jeweils zweckmäßigerweise (primär) zuständigen Akteure zu identifizieren und anschließend zu untersuchen, über welche Instrumente diese Akteure verfügen müssten, um die ihnen zugewiesenen Steuerungsaufgaben wirksam erfüllen zu können. Doch folgt weder die Struktur des Sozialgesetzbuches (SGB) dieser ordnungspolitischen Logik noch tut es die

öffentliche Reformdiskussion. Das für die Pflegeversicherung zuständige SGB XI ist nicht primär aufgaben-, sondern weitgehend akteursorientiert aufgebaut, speziell in Bezug auf die Aufgaben der Länder (§ 9) und die Aufgaben der Pflegekassen (§ 12). Das führt dazu, dass unterschiedliche Akteure für bestimmte Teilaufgaben zuständig bzw. verantwortlich sind, die sich teilweise überlappen bzw. nicht klar voneinander abgegrenzt sind. Angesichts objektiv bestehender Interessenkonflikte zwischen einzelnen Akteuren lässt sich dieses Problem auch nicht durch gesetzliche „Partnerschafts-Appelle“ beseitigen. Dabei führt die Mehrfachzuständigkeit in Bezug auf bestimmte Aufgaben im Ergebnis erfahrungsgemäß nicht zu einer besonders guten, weil gleich mehrfachen Aufgabenerfüllung, sondern eher im Gegenteil: Es droht eine Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion, bei der letztlich niemand wirklich „den Hut aufhat“.

Dies gilt besonders eindrucksvoll für die Aufgabe der Sicherstellung. Hier sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich (§ 9 Abs. 1 SGB XI) und die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten (§ 12 Abs. 1 SGB XI). Wenn aber in einer Region Angebotsdefizite bestehen, also „Sicherstellung“ im ureigenen Wortsinn gefragt ist, sind weder die Länder und Kommunen noch die Kassen in der Lage, diesem Problem wirksam entgegenzutreten. Ob die Umsetzung der im Mai 2015 vorgelegten „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ (BMG 2015) zu einer nennenswerten Veränderung dieser Situation führen wird? Bislang ist dies bestenfalls schemenhaft erkennbar.

8.2 Reformalternative: Wettbewerb wie in der GKV?

In eine ganz andere Richtung weisen die steuerungsstrukturellen Reformvorschläge, die die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) seit vielen Jahren für die SPV unterbreitet, zuletzt erst wieder im Februar 2020. Unter der Überschrift „Wettbewerb auf allen Ebenen schaffen“ heißt es in einem zweiseitigen Positionspapier, dass der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen sowohl zwischen den Pflegekassen als auch zwischen den Leistungsanbietern verstärkt werden müsse. Der Einheitsbeitragsatz und der vollständige Ausgabenausgleich machten die soziale Pflegeversicherung zu einer wettbewerbsfreien Zone. Die Pflegekassen benötigten größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern (BDA 2020).

Dass die BDA mit dieser Forderung vom Grundsatz her das Wettbewerbskonzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV im Blick hat, macht ihr im Oktober 2016 vorgelegtes umfangreicheres „BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung“ deutlich. Dort wird gleich zu Beginn des Abschnitts, in dem die Forderung nach Einführung von Vertragswettbewerb in der SPV ausgeführt wird, explizit eine Analogie zur wettbewerbslichen Ausrichtung der GKV hergestellt. Unter den bestehenden Rahmenbedingungen der SPV mit einheitlichem Beitragsatz und vollständigem Finanzausgleich hätten die Pflegekassen kaum ökonomische Anreize, ihre Ausgaben möglichst niedrig zu halten bzw. Wettbewerbsvorteile für ihre Versicherten zu erwirtschaften. Hierauf habe bereits im Jahr 2002 die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ in ihrem Schlussbericht hingewiesen (BDA 2016, S. 2).

Die Veröffentlichung dieses Berichts ist mittlerweile fast zwanzig Jahre her (Deutscher Bundestag 2002), und schon deshalb dürften sich vermutlich nicht mehr viele der heute

pflegepolitisch Verantwortlichen hieran erinnern. Aber nicht nur aus diesem Grund soll die BDA-Forderung nach (mehr) Vertragswettbewerb in der SPV im Folgenden näher betrachtet werden. Hierfür sprechen noch zwei weitere Gründe: Zum einen haben sich die Erwartungen, die mit versorgungsorientiertem Kassenwettbewerb verknüpft werden, im Verlauf der letzten knapp zwanzig Jahre spürbar verändert. Anfang der 2000er Jahre, als die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ tätig war, galt der im Hinblick auf die gezielte Versorgungssteuerung forcierte Kassenwettbewerb vielfach als eine besonders erfolgsversprechende Reformoption. Diese Einschätzung muss aus heutiger Sicht jedoch erheblich relativiert werden, zumindest im Hinblick auf den Großteil der gesundheitspolitischen Akteure. Aber unabhängig davon stellt sich zum anderen ganz grundsätzlich die Frage, ob bzw. inwieweit Steuerungsstrukturen, die sich im Kontext der GKV-finanzierten Versorgung als zweckmäßig erweisen (können), überhaupt geeignet sind, mehr oder weniger unverändert auf die im Rahmen der SPV (mit-)finanzierte Pflegeversorgung übertragen zu werden.

8.2.1 Die Konzeption der „Solidarischen Wettbewerbsordnung“

Wie das Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV zustande kam, ist mehrfach beschrieben worden, meist in Verbindung mit dem Wort „Lahnstein“ (etwa Reiners 2017). In diesem Ort am Rhein fand nämlich im Herbst 1992 die Klausursitzung statt, in der sich Gesundheitspolitiker aus Union, SPD und FDP aus Bund und Ländern gemeinsam auf die Einführung der weitgehend freien Krankenkassenwahl verständigten. Damit war im Ergebnis automatisch die Einführung von Kassenwettbewerb verbunden, auch wenn dies seinerzeit keineswegs das primäre Reformziel war, das vielmehr darin lag, die Kassenwahlrechte von Arbeitern und Angestellten einan-

der anzugleichen. Weil eine Fortsetzung von – ggf. veränderten – Zuweisungsregelungen zu einzelnen Krankenkassenarten im ausgehenden 20. Jahrhundert aber nicht mehr für zeitgemäß gehalten wurde, kam es zur Einführung der freien Kassenwahl und damit gewissermaßen eher „nolens volens“ zur Einführung von Kassenwettbewerb. Hieran zu erinnern erscheint deshalb angebracht, weil damit möglicherweise bereits ein Stück weit erklärt werden kann, warum die Gesundheitspolitik trotz anhaltend vollmundiger Wettbewerbs-Rhetorik in ihrem praktischen Handeln bis heute meist ausgesprochen zurückhaltend geblieben ist, wenn es um die Realisierung vertragswettbewerblicher Konzepte ging: Im Grunde war die Politik hiervon nie wirklich überzeugt.

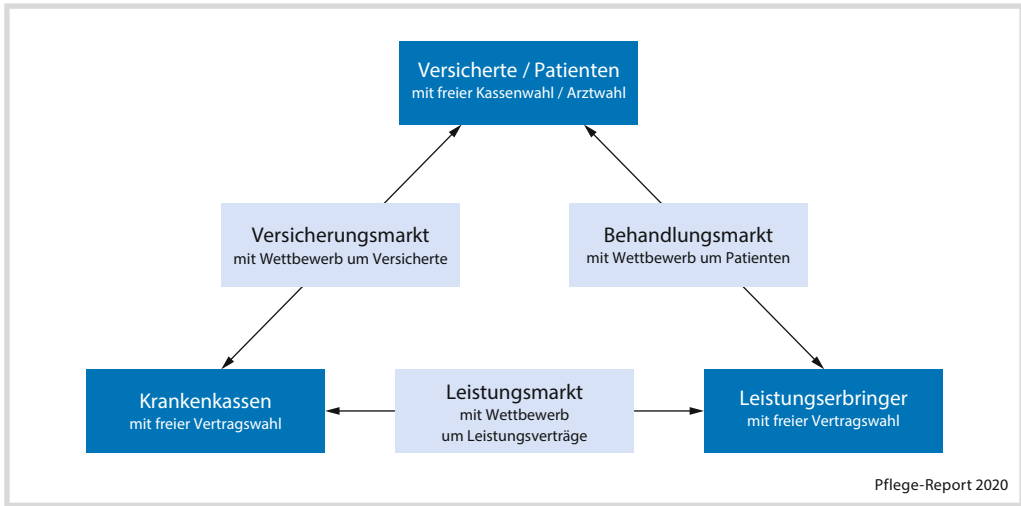
Doch zunächst zurück nach Lahnstein bzw. zum dort vereinbarten Gesundheitsstrukturgesetz, das nicht nur die Einführung der freien Kassenwahl ab 1995/96 vorsah, sondern zu deren Flankierung – zeitlich sogar noch ein Stück vorgelagert – die Einführung des bundesweiten Risikostrukturausgleichs zwischen allen Krankenkassen. Dieses zentrale Element der nunmehr erforderlichen GKV-Wettbewerbsordnung hatte einerseits die Aufgabe, beitragsrelevanten Wettbewerbsverzerrungen aufgrund strukturell sehr unterschiedlich zusammengesetzter Versichertenbestände entgegenzuwirken, und andererseits das Ziel, aktiver Risikoselektion durch die Kassen vorzubeugen.

Nicht nur die Politik war damals keineswegs uneingeschränkt von der Sinnhaftigkeit von forciertem Kassenwettbewerb überzeugt; dies galt mindestens ebenso für den überwiegenden Teil der Krankenkassen und ihrer Verbände. Gleichwohl hielten sich Letztere nicht lange damit auf zu lamentieren, sondern machten sich sehr schnell daran, die erfolgte Wettbewerbsorientierung der GKV mit Leben zu füllen. Hierzu legten die Kassenverbände schon im Herbst 1994 ein Positionspapier vor mit dem Titel „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“. Darin wurde u. a. festgestellt, dass der Kernbereich des Kassenwettbewerbs die Vertragspolitik sei. Dabei

gehe es in erster Linie um die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Versorgung sowie um die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Hierzu sollte im Wettbewerb nach optimalen Vertragslösungen gesucht werden. Zur Sicherstellung der tragenden Strukturprinzipien der GKV sei allerdings ein einheitlicher Rahmen notwendig, der insbesondere zwei Dimensionen umfasse: einen einheitlichen Leistungskatalog sowie bestimmte Qualitätsstandards im Sinne von Mindeststandards, einschließlich der gemeinsamen Festlegung der Zugangsvoraussetzungen zur Berufsausübung für die Leistungserbringer (Arge 1994, S. 16).

Diese ordnungspolitische Positionierung, die dem Wettbewerb der Krankenkassen eine wichtige Funktion bei der Versorgungsgestaltung zuweist, basiert auf dem Verständnis eines interdependenten wettbewerblichen Beziehungsgeflechts zwischen den drei zentralen Akteursgruppen der Versicherten/Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringer auf dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt. Dieses Wettbewerbskonzept wird in der internationalen Gesundheitsökonomie gewöhnlich als „Managed Competition“ bezeichnet – ein Begriff, der auf den US-Ökonomen Alain Enthoven zurückgeht (Enthoven 1993). In Deutschland hat sich hierfür spätestens seit dem Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen die Bezeichnung „Solidarische Wettbewerbsordnung“ eingebürgert.

Die drei Akteursgruppen und ihre wettbewerblichen Beziehungen auf den drei Märkten sind in [Abb. 8.1](#) dargestellt. Das Charakteristikum dieser Wettbewerbskonzeption der GKV liegt in den Beziehungen auf dem Leistungsmarkt, auf dem Krankenkassen und Leistungserbringer selektive Versorgungsverträge abschließen können. So etwas gibt es etwa in der Gesundheitsversorgung von Privatpatienten nicht. Die auf dem Leistungsmarkt durch eine Kasse selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsleistungen sind ein wesentlicher Parameter im Kassenwettbewerb, denn sie werden auf dem Versicherungsmarkt den Ver-



▣ **Abb. 8.1** Märkte und Wettbewerbsfelder in der GKV (in Anlehnung an Cassel und Wasem 2014)

sicherten angeboten. Diese können sich hierfür durch die Ausübung ihres Kassenwahlrechts und/oder innerhalb einer Kasse durch die Einschreibung in einen versorgungsbezogenen Wahltarif entscheiden. In dem Maße, in dem durch das selektivvertragliche Versorgungspaket Effizienzgewinne gegenüber der Kollektivversorgung realisiert werden, finden diese ihren Niederschlag in einem vergleichsweise günstigen (Zusatz-)Beitrag der Kasse bzw. einem Bonus oder Beitragsnachlass in dem entsprechenden Wahltarif. Die Versicherten, die sich im Rahmen ihrer Kassen- bzw. Tarifwahl freiwillig für das entsprechende Versorgungsangebot entscheiden, akzeptieren damit zugleich auf dem Behandlungsmarkt – in ihrer Rolle als Patienten – gewisse Einschränkungen in Bezug auf ihre ansonsten weithin unbeschränkte Leistungserbringerwahl („freie Arzt- bzw. Krankenhauswahl“). Dies geschieht im Sinne von unterschiedlich ausgestalteten Managed-Care-Modellen i. d. R. im Austausch gegen ein Plus an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, weil nur in dieser Hinsicht besonders ausgewiesene Leistungserbringer im Rahmen der Selektivverträge zum Zuge kommen.

8.2.2 Voraussetzungen für Vertragswettbewerb

Bei der Gestaltung der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung spielt dieses Wettbewerbskonzept, das auch als Vertragswettbewerb bezeichnet wird, weil Selektivverträge darin den „ökonomischen Kern“ bilden (Oberender und Zerth 2014), keine nennenswerte Rolle – weder in der Praxis noch im Rahmen von aktuellen Reformdebatten, z. B. zur Neuordnung der Krankenhauslandschaft oder zur sektorenübergreifenden Versorgung. Das letzte größere Reformgesetz, in dem vertragswettbewerbliche Freiräume von Krankenkassen und Leistungserbringern erweitert und nicht zugunsten des Ausbaus von immer detaillierterer plan- und kollektivwirtschaftlicher Versorgungsgestaltung zurückgefahren wurden, war das GKV-Modernisierungsgesetz, das 2004 in Kraft trat (siehe Jacobs und Rebscher 2014) – also etwa zur gleichen Zeit, in der sich die bereits angesprochene Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ mit möglichen wettbewerblichen Impulsen im Kontext der Pflegeversicherung befasste.

Immerhin hat es in der GKV zuletzt eine mehrjährige Debatte über die sachgerechtere Ausgestaltung des Ordnungsrahmens für den Kassenwettbewerb gegeben, die letztlich zur Verabschiedung des im April 2020 in Kraft getretenen „Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG) geführt hat. Darin geht es im Wesentlichen um zwei Fragen: zum einen um die Weiterentwicklung des bereits durch die Beschlüsse von Lahnstein in der ersten Hälfte der 1990er Jahre eingeführten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, der seit 2009 neben demographischen Kriterien der Versicherten (Alter und Geschlecht) auch direkte Morbiditätsindikatoren enthält, und zum anderen um rechtliche Maßgaben zum Wettbewerbsverhalten, Haftungs- und Aufsichtsrecht der Kassen. Wie Gesundheitsminister Jens Spahn anlässlich der Verabschiedung des GKV-FKG im Deutschen Bundestag im Februar 2020 betonte, werde der Wettbewerb der Kassen „künftig fairer und zielgenauer“ (BMG 2020).

Substanzieller wird der Kassenwettbewerb damit allerdings nicht, zumindest was den bei seiner Einführung vor über einem Vierteljahrhundert erhofften Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung angeht, denn die vielfach konstatierten Defizite speziell auf dem Leistungsmarkt bestehen unverändert fort (Jacobs 2020). Dies macht auch eine Stellungnahme der Monopolkommission deutlich, die das Gesetz insoweit als unvollständig bezeichnet, als die Reformbaustelle Leistungswettbewerb gar nicht adressiert werde (MK 2019) – damit sind die hier als Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt bezeichneten Selektivvertragsoptionen und deren Weitergabe an die Versicherten in Gestalt von entsprechenden Wahlтарifen gemeint, mit denen sich die Monopolkommission bereits in einem früheren Gutachten ausführlicher befasst hatte (MK 2017).

Damit gibt es nach der Einschätzung der Monopolkommission drei notwendige Voraussetzungen für „einen wirksamen Kassenwettbewerb um die beste Gesundheitsversor-

gung“: ein zweckmäßig ausgestalteter Risikostrukturausgleich, einheitliche Wettbewerbsregeln („Level Playing Field“) sowie geeignete Möglichkeiten, die Versorgung im Wettbewerb effizient zu gestalten (MK 2019). Wenn man die bisherigen Erfahrungen mit Vertragswettbewerb in der GKV und die dabei immer wieder deutlich gewordenen Missverständnisse, aber auch sehr grundsätzlich formulierte Vorbehalte Revue passieren lässt, gibt es im Hinblick auf versorgungsorientierten Kassenwettbewerb aber mindestens noch zwei weitere Funktionsbedingungen. Die Monopolkommission führt sie vermutlich nur deshalb nicht explizit auf, weil sie ihr mutmaßlich selbstverständlich erscheinen, doch lässt sich gewiss eine Lehre aus einem Vierteljahrhundert Kassenwettbewerb ziehen: Selbstverständlich ist in diesem Kontext nichts.

Die beiden weiteren Voraussetzungen für vertragswettbewerbliche Versorgungsgestaltung sind abgeleitet aus konkreten Konstellationen, in denen Wettbewerbssteuerung von vornherein nicht in Frage kommt: zum einen etwa in dünn besiedelten Regionen, in denen es schlicht an ausreichenden Leistungsangeboten mangelt und alle Anstrengungen der Akteure vor Ort gemeinsam darauf ausgerichtet sein müssen, überhaupt für ein ausreichendes Versorgungsangebot zu sorgen; zum anderen etwa in einer Notfallsituation, in der ein Patient nicht imstande ist, eine eigene Wahlentscheidung zwischen verschiedenen Versorgungsalternativen zu treffen und darauf angewiesen ist, dass insbesondere zeitkritische Entscheidungen bestmöglich in seinem Sinn durch kompetente Sachwalter erfolgen. Allgemein, also über diese konkreten Konstellationen hinausgehend formuliert, lauten diese beiden Funktionsbedingungen für wirksamen Vertragswettbewerb somit, dass es genügend Leistungserbringer bzw. alternative Versorgungsangebote geben muss und dass die Versicherten bzw. Patienten im Hinblick auf alternative Versorgungsangebote hinreichend „wahlfähig“ sein müssen – damit sie, wie oben ausgeführt, eine entsprechende Kassen- bzw. Tarifwahl treffen können.

8.2.3 Fehlende Voraussetzungen in der SPV

Die Funktionsbedingungen für wirksamen versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, die im Kontext der GKV aus der Konzeption der Solidarischen Wettbewerbsordnung und den hiermit gesammelten Erfahrungen aus Praxis und gesundheitspolitischer Debatte abgeleitet wurden, können nun – gleichsam im Sinne einer „Checkliste“ – auf die SPV übertragen werden. So lässt sich überprüfen, inwieweit die Voraussetzungen für wirksamen Vertragswettbewerb hier erfüllt werden können. Das Ergebnis, um es vorwegzunehmen, fällt einigermaßen ernüchternd aus – zumindest aus der Sicht derjenigen, die der Idee vertragswettbewerblicher Versorgungssteuerung als Alternative zu plan- und kollektivwirtschaftlicher Versorgungsgestaltung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen, denn im Grunde ist keine der insgesamt fünf Voraussetzungen für wirksamen Vertragswettbewerb erfüllt bzw. – grundsätzlich oder zumindest in absehbarer Zeit – erfüllbar.

Zwei wesentliche Wettbewerbsvoraussetzungen sollen hier speziell betrachtet werden: der erforderliche Risikostrukturausgleich sowie die Wahlfähigkeit der Versicherten/Patienten bzw. – im Kontext der SPV – der Pflegebedürftigen.

In einem Versicherungssystem mit solidarischer Finanzierung, also ohne risikoäquivalent ausgestaltete Beiträge, erfordert versorgungsorientierter Kassenwettbewerb einen zweckmäßig ausgestalteten Risikostrukturausgleich. Diese Ansicht kann mittlerweile wohl als unstrittig gelten. Was konkret unter „zweckmäßiger Ausgestaltung“ zu verstehen ist, dürfte freilich unterschiedlich eingeschätzt werden. Doch auch in dieser Hinsicht sollte es nach einer mehrjährigen kontroversen Reformdebatte in der GKV, die – wie bereits dargestellt – Anfang 2020 mit der Verabschiedung des GKV-FKG ihr zumindest vorläufiges Ende gefunden hat, dahingehend Konsens geben, dass ein ausschließlich auf Alter und Geschlecht der Ver-

sicherten fußender Risikostrukturausgleich im Hinblick auf einen unverzerrten Kassenwettbewerb unzureichend ist, und zwar sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung. Hierzu hatte es in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre, also nicht nur vor der Umsetzung der „Beschlüsse von Lahnstein“, sondern auch vor Einführung der Pflegeversicherung, in der Wissenschaft durchaus noch anderslautende Einschätzungen gegeben (etwa Hofmann 1993).

Als ein knappes Jahrzehnt später eine wissenschaftliche Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ erstellt wurde (IGES et al. 2001), hatte der Deutsche Bundestag immerhin schon beschlossen, dass der Risikostrukturausgleich in der GKV direkt morbiditätsorientiert weiterentwickelt werden sollte (was ab 2009 Realität wurde). Gleichwohl stand die hieraus abgeleitete grundsätzliche Übertragbarkeit des Risikostrukturausgleichs aus der GKV auf die Pflegeversicherung auf dünnem Eis. Zwar ist es Heinz Rothgang zufolge nach entsprechenden internationalen Vorbildern durchaus möglich, „dass die Kosten der Langzeitpflege sehr präzise vorhergesagt werden können, wenn Pflegebedürftigkeit und die Versorgungsform als Prädiktoren zugelassen werden“, doch stelle sich in diesem Fall die Frage, was die Kassen im Wettbewerb steuern sollen und können (Rothgang 2016, S. 22). Das hängt unmittelbar mit den leistungsrechtlichen Besonderheiten der Pflegeversicherung zusammen, die sich angesichts des Teilleistungsprinzips, der Alternative von ambulanter und stationärer Pflege bei gleichem Grad an Pflegebedürftigkeit sowie – in der ambulanten Pflege – dem Wahlrecht zwischen Sach- und Geldleistungen bzw. einer Kombination dieser beiden Leistungsformen grundlegend von der Ausgestaltung der GKV-Leistungen unterscheidet. Rothgang schlussfolgert, dass für die erfolgreiche Einführung von Kassenwettbewerb in der Pflegeversicherung ein Risikostrukturausgleich geschaffen werden müsse, der über hinreichend gute Prädiktionskraft verfügt, ohne dabei die Parameter zu enthalten, die gesteuert werden sollen, „was sich

womöglich wechselseitig ausschließt“ (Rothgang 2016, S. 23).

Doch selbst wenn es gelänge, einen anreizkompatiblen Risikostrukturausgleich für die SPV zu konstruieren – möglicherweise leichter unter veränderten leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen (Stichwort: Vollversicherung ohne Sektorentrennung mit Sachleistungsprinzip) –, bliebe eine zweite Voraussetzung für Vertragswettbewerb letztlich nicht erfüllbar: die hinreichende Wahlfähigkeit der pflegebedürftigen Versicherten. Wie gezeigt, ist die freie Kassen- bzw. Tarifwahl jedoch ein zentraler Baustein der Solidarischen Wettbewerbsordnung. Ein nicht geringer Anteil der Pflegebedürftigen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann eine solche freie Wahl schlechterdings nicht leisten, doch auch den übrigen – zum Großteil hochaltrig und multimorbide – wird man einen Kassen- und/oder Tarifwechsel als Voraussetzung für den Erhalt einer bedarfs- bzw. präferenzgerechten Versorgung kaum zumuten wollen oder können. Mit der Freiwilligkeit in Bezug auf die Teilnahme an bestimmten, selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsmodellen entfällt jedoch eine wesentliche Grundlage für deren Legitimation. Dieses gravierende Manko kann auch nicht dadurch behoben werden, dass anderen Kassen das Recht eingeräumt wird, solchen Verträgen „beizutreten“ – sofern dies in Bezug auf die dafür erforderlichen Ressourcen überhaupt möglich wäre –, denn auch das wäre ja nicht gleichbedeutend mit der Ausübung des individuellen Wahlrechts der Versicherten.

Auf die Betrachtung der übrigen Voraussetzungen für wirksamen versorgungsorientierten Kassenwettbewerb in der SPV kann angesichts dieser Befunde – kein anreizkompatibler Risikostrukturausgleich sowie keine hinreichende Fähigkeit zur freien Kassen- bzw. Tarifwahl – im Prinzip verzichtet werden. Als Stichworte mögen deshalb genügen: zum einen der Hinweis auf eine im Vergleich zur GKV deutlich höhere Marktkonzentration bei den Pflegekassen sowie zum anderen die Erwartung einer eher durch Knappheit gekennzeichneten Angebotskonstellation auf dem Pflegemarkt ange-

sichts weiterhin wachsender Nachfrage – also zwei weitere dicke Fragezeichen bezüglich der Nutzbarkeit vertragswettbewerblicher Versorgungssteuerung in der Pflege.

8.3 Fazit und Ausblick

Wie gezeigt wurde, eignet sich der Vertragswettbewerb nach der GKV-Konzeption der Solidarischen Wettbewerbsordnung nicht zur gezielten Steuerung der Pflegeversorgung. Damit scheidet zugleich aber auch eine speziell in dieser Hinsicht propagierte Integration der Pflegeversicherung in die GKV als sinnvolle Reformoption aus. Gerade im Interesse von mehr versorgungsorientiertem Kassenwettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung wäre hiervor sogar eher zu warnen, weil dessen Realisierungschancen durch einen solchen Schritt womöglich noch weiter verschlechtert würden. Diese Schlussfolgerung dürfte vermutlich überraschen: ein Votum gegen die Integration von GKV und SPV im Interesse der Aufrechterhaltung der vertragswettbewerblichen Steuerungsoption in der GKV.

Damit bliebe allerdings die Problematik des Nebeneinanders von wettbewerblicher GKV und nicht-wettbewerblicher SPV vom Grundsatz her bestehen (siehe Rothgang 2016). Hieraus resultierende mögliche Fehlanreize bei den wettbewerblich orientierten Krankenkassen mit nachteiligen Auswirkungen auf die Versorgung der Pflegebedürftigen müssten entsprechend beseitigt werden. Das bedeutet, dass der Status quo der Finanzierungszuständigkeit der GKV für die häusliche Krankenpflege ambulant Pflegebedürftiger auf der einen Seite und der SPV für deren Gegenstück im stationären Bereich, die medizinische Behandlungspflege, auf der anderen Seite nicht aufrechterhalten bleiben kann. Dies gilt aber unabhängig von dem damit verbundenen Anreizproblem für die wettbewerblichen Krankenkassen auch bereits im Hinblick auf die für sinnvoll erachtete Überwindung der Sektorentrennung ambu-

lant/stationär in der Pflegeversorgung. Im Hinblick auf ein zweites Anreizproblem als Folge des Nebeneinanders von GKV mit und SPV ohne Kassenwettbewerb mit nachteiligen Wirkungen für das Rehabilitationsgeschehens von Pflegebedürftigen ist der Gesetzgeber (in Bezug auf § 18a SGB XI „Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten“) bereits tätig geworden – ob ausreichend, bleibt zu beobachten.

Ist die SPV nun, wie die BDA behauptet, eine „wettbewerbsfreie Zone“ (BDA 2020)? Die Antwort lautet: Nein, sie ist lediglich eine vertragswettbewerbsfreie Zone, aber deshalb keineswegs zwangsläufig vollkommen wettbewerbsfrei. Auch die Kranken- bzw. Pflegekassen können dabei durchaus aktiv mitwirken, nur sinnvollerweise halt nicht mithilfe von Selektivverträgen und damit verknüpften Wahlтарifen. Gleichwohl stehen die Anbieter von Leistungen der Pflegeversorgung weiterhin im Wettbewerb um die Pflegebedürftigen. Diese und ihre Angehörigen hierbei aktiv zu beraten und dazu weitestgehende Transparenz über die Qualität der Anbieter herzustellen – und zwar nicht nur im Hinblick auf die eigentlichen Pflegeleistungen, sondern darüber hinaus auch in Bezug auf die Organisation der Gesundheitsversorgung der Pflegebedürftigen sowie Möglichkeiten für deren soziale Teilhabe – sind und bleiben wesentliche Aufgaben, durch deren erfolgreiche Wahrnehmung sich die Kassen auch wettbewerbslich positionieren können.

Literatur

- Arge – Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994) Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Arge – Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Bonn u. a. O.
- BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2016) Pflegeversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar halten. BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung
- BDA (2020) Soziale Pflegeversicherung. BDA kompakt
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015) Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
- BMG (2020) Bundesgesundheitsminister Spahn: „Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird gerechter – Lieferengpässen bei Arzneimitteln entgegenwirken. Bundestag beschließt „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Pressemitteilung vom 13.02.2020)
- Cassel D, Wasem J (2014) Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg) Solidarische Wettbewerbsordnung. Medhochzwei, Heidelberg, S 3–43
- Deutscher Bundestag (2002) Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/880 vom 28.03.2002
- Enthoven A (1993) The history and principles of managed competition. Health Aff 12(Suppl. 1):24–48
- Hofmann J (1993) Risikostrukturausgleich in der Pflegeversicherung. Sozialer Fortschr 42(9):202–203
- IGES, Igl G, Wasem J (2001) Potenziale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI) (Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags. Vorgelegt im Juni 2001)
- Jacobs K (2020) Vertragswettbewerb: Neustart geboten. Gesundheit Sozialpolit 74(1):24–28
- Jacobs K, Rebscher H (2014) Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg) Solidarische Wettbewerbsordnung. Medhochzwei, Heidelberg, S 45–73
- MK – Monopolkommission (2017) Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75
- MK (2019) Gut aber unvollständig. Policy Brief, Ausgabe 3
- Oberender P, Zerth J (2014) Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg) Solidarische Wettbewerbsordnung. Medhochzwei, Heidelberg, S 173–198
- Reiners H (2017) Mythos Lahnstein. Gesundh Ges 20(9):22–28
- Rothgang H (2016) Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung? Gesundheit Sozialpolit 70(1):19–24

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

