

Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutsch- land

*Forschungsvorhaben für das
Bundesministerium der Finanzen*

Abschlussbericht

Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup
IGES Institut GmbH
DIW Berlin e. V. / DIW econ GmbH
Prof. Dr. Eberhard Wille

Berlin, 29. Juni 2009

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Kurzfassung

Gesundheitsreformen im Sinne der Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen sollten denjenigen Anteil an den Ausgabensteigerungen beseitigen, der seine Ursachen in effizienzmindernden Organisations- und Anreizstrukturen hat. Ein effektiver Weg, diesen ineffizienten Anteil der Ausgabenentwicklung zu adressieren, ist ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Krankenkassen andererseits.

Im internationalen Vergleich nimmt das deutsche Gesundheitssystem bei den Ausgaben je Einwohner zwar keine Spitzenposition ein. Die Dringlichkeit, vorhandene Effizienzpotentiale zu erschließen, wächst aber mit steigenden Ansprüchen der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung und zunehmenden Verteilungskonflikten, die angesichts begrenzter Ressourcen drohen.

Vor diesem Hintergrund und auf der Grundlage eingehender Analysen kommt der vorliegende Bericht zu folgenden Empfehlungen:

- *Mehr Preiswettbewerb im Krankenhaus:* Gut organisierte Krankenhäuser sollten die Möglichkeit haben, ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit in Form von Preissenkungen transparent zu machen, um damit Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Krankenhäuser sollten auf die einheitlichen Fallpauschalen sowohl Abschläge einräumen als auch Aufschläge fordern können. Aus Gründen der Markttransparenz sollten dagegen keine Abweichungen von den einheitlichen Leistungsdefinitionen zulässig sein, die das gegenwärtige Vergütungssystem vorgibt.
- *Leistungsorientierte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser:* Die Kliniken sollten zukünftig sowohl ihre Betriebsausgaben als auch ihre Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung finanzieren, die ihnen von den Krankenversicherungen für erbrachte Behandlungsleistungen gezahlt werden. Sämtliche Finanzmittel sollten gleichermaßen leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, und zwar durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen.
- *Stärkung des Vertragswettbewerbs in der Gesundheitsversorgung:* Unterschiedliche Gruppen von Leistungsanbietern sollten die gleichen Möglichkeiten zum Vertragsabschluss mit Krankenkassen haben. Für Krankenkassen darf es keinen Zwang zum Angebot spezieller Vertragsformen geben. Konzentrationsprozesse bei Leistungsanbietern und Krankenkassen, die mit einer Ausweitung der selektivvertraglichen Versorgung einhergehen, sollten nicht behindert wer-

den. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollte derzeit nicht vollumfänglich auf die Krankenkassen übergehen, weil kleinere und mittlere Krankenkassen mit einer solchen Verpflichtung an ihre organisatorischen Grenzen stießen. Die Sicherstellung bleibt letztlich eine staatliche Aufgabe.

- *Erweiterter Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung:* Der Vertragswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt sollte auf eine breitere Basis gestellt werden, die über eine Absenkung von Generika-preisen unter Festbetragsniveau hinausgeht. Die Ausgabenrisiken durch hochinnovative Spezialpräparate können – wegen deren therapiebezogener Alleinstellungsmerkmale – damit jedoch kaum begrenzt werden.
- *Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen:* Als eine wesentliche Voraussetzung sollten zur Erhöhung der Leistungstransparenz sektorübergreifende Qualitätsindikatoren und Qualitätsstandards implementiert werden. Die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und perspektivisch auch die Leistungsdefinitionen sind sektorübergreifend zu vereinheitlichen. In Selektivverträgen zur integrierten Versorgung sind sektorübergreifende Formen der Leistungsvergütung einzusetzen. Auf Grundlage der Erfahrungen hiermit ist eine Annäherung und letztlich Vereinheitlichung der sektorspezifischen Vergütungssysteme anzustreben.
- *Konsequente Anwendung des Wettbewerbsrechts:* Das Kartellverbot gemäß dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen sollte sowohl auf der Versicherungsseite als auch bei allen direkten Leistungsanbietern im Bereich der Selektivverträge Anwendung finden. Ebenso sollte die Missbrauchsaufsicht konsequent gelten. Die Anwendung des Vergaberechts – obgleich durch die aktuelle Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes vorgegeben – ist perspektivisch zu hinterfragen.
- *Begrenzung der Risiken für den öffentlichen Haushalt:* Der eingeschlagene Weg einer stärkeren Steuerfinanzierung darf nicht dazu führen, dass sich der Bundeszuschuss zum fiskalischen Lückenfüller des GKV-Systems entwickelt. Daher – und um das die GKV prägende Prinzip der Beitragsfinanzierung nicht auszuhöhlen – sollte Steuerzuschüsse mit klar definierten Zweckbindungen versehen werden. Die Teilung von Finanzierungslasten zwischen Bund und Ländern sollte neu gestaltet werden. Die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Steuermittel der Länder sind in ein explizit monistisches Finanzierungssystem zu überführen. Alternativ können die Bundesländer an der Finanzierung des Steuerzuschusses an die GKV beteiligt werden.

Inhaltsübersicht

Kurzfassung	3
Zusammenfassung	11
1 Einleitung	30
<i>Martin Albrecht (IGES), Monika Sander (IGES), Alina Wolfschütz (IGES)</i>	
2 Stand der Wettbewerbsorientierung nach der Gesundheitsreform 2007	51
<i>Martin Albrecht (IGES), Bert Rürup</i>	
3 Stärkung der Wettbewerbsorientierung in der stationären Versorgung	84
<i>Martin Albrecht (IGES), Bertram Häussler (IGES)</i>	
4 Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung	121
<i>Eberhard Wille</i>	
5 Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor	184
<i>Pio Baake (DIW), Björn A. Kuchinke (DIWecon), Christian Wey (DIW)</i>	
6 Auswirkungen einer stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung auf die öffentlichen Haushalte	228
<i>Bert Rürup</i>	
7 Tabellenanhang	245
Abkürzungsverzeichnis	251
Literaturverzeichnis	255

Inhalt

Kurzfassung	3
Zusammenfassung	11
1 Einleitung	30
1.1 Fragestellung, Ziel und Abgrenzung des Forschungsvorhabens	30
1.2 Begriff und These der Ineffizienz im deutschen Gesundheitssystem	33
1.3 Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen	35
1.3.1 Zusammenfassung des internationalen Vergleichs	37
1.3.2 Zusammenfassung der Analyse einzelner Teilbereiche des deutschen Gesundheitssystems	39
1.4 Empfehlung zur Verbesserung der Evidenz	48
2 Stand der Wettbewerbsorientierung nach der Gesundheitsreform 2007	51
2.1 Wettbewerb als Leitbild im Gesundheitswesen	52
2.2 Stand der Wettbewerbsorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	56
2.2.1 Reformen zur Wettbewerbsstärkung vor dem Jahr 2007	57
2.2.2 Zielsetzung und Ansatzpunkte der Gesundheitsreform 2007	62
2.2.3 Beurteilung der gegenwärtigen Wettbewerbsorientierung	73
3 Stärkung der Wettbewerbsorientierung in der stationären Versorgung	84
3.1 Einwände gegen die Ausschaltung des Preises als Wettbewerbsparameter	84
3.2 Widersprüche zum Leitbild „gleicher Preis für gleiche Leistung“?	87
3.3 Einwände gegen eine stärkere Preisdifferenzierung	91
3.3.1 Preisunterschiede für Krankenhausleistungen in Deutschland	92
3.3.2 Preisdifferenzierung auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt	96

3.4	Rahmenbedingungen und Gestaltungsoptionen für einen effizienten Preiswettbewerb von Krankenhäusern	98
3.4.1	Leistungsbezogene Preisdifferenzierung	105
3.4.2	Vertragspartnerbezogene Preisdifferenzierung	107
3.4.3	Vertragssystem für Preisdifferenzierung	108
3.4.4	Empfehlungen	112
3.5	Wettbewerbsorientierte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	114
3.5.1	Leistungsbezogene Investitionsförderung im Rahmen einer monistischen Krankenhausfinanzierung.....	115
3.5.2	Effizienzwirkungen einer leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung	116
3.5.3	Empfehlungen für die Ausgestaltung des Umstiegs	117
3.5.4	Bewertung der jüngsten Reform der Krankenhausfinanzierung.....	119
4	Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung	121
4.1	Intensivierung des Wettbewerbs und Überwindung der Sektoralisierung als Ansatzpunkt	122
4.2	Managed Care-Elemente im deutschen Gesundheitssystem	128
4.3	Zu internationalen Erfahrungen mit Managed Care	134
4.4	Zum bisherigen Stand von integrierter Versorgung und selektiven Verträgen	141
4.5	Hindernisse und Erfolgsbedingungen selektivvertraglicher Organisation.....	148
4.6	Umfassende Gesundheitsversorgung mit regionalem Bezug	158
4.7	Varianten von Capitation als prospektive Vergütungsformen	167
4.8	Ausweitung des Vertragswettbewerbs in der Arzneimittelversorgung	177
5	Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor	184
5.1	Vorschriften des GWB und SGB V im Überblick	184
5.1.1	Das GWB im Überblick	184
5.1.2	GWB und SGB V	189
5.1.3	Vergaberechtliche Vorschriften und SGB V.....	189
5.2	Der rechtliche Status Quo in den einzelnen Sektoren	192

5.2.1	Regelungen für Krankenkassen und Versicherte	192
5.2.2	Regelungen für Leistungsanbieter.....	194
5.3	Analyse und Bewertung des Wettbewerbs und der Rückwirkungen.....	197
5.3.1	Grundsätzliche Anmerkungen.....	197
5.3.2	Der Krankenkassenwettbewerb.....	198
5.3.3	Die Märkte für Leistungsanbieter	203
5.4	Anwendung des Wettbewerbsrechts.....	219
5.4.1	Bisherige Erfahrungen mit dem GWB im Gesundheitswesen: Ein Überblick	219
5.4.2	Schutz der Wettbewerbspotentiale durch das GWB und Empfehlungen	223
6	Auswirkungen einer stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung auf die öffentlichen Haushalte	228
6.1	Hintergründe zum Problem der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens	229
6.2	Effizientere und leistungsfähigeren Gesundheitsversorgung – Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik?	232
6.2.1	Tragfähigkeitsanalysen und abgeleiteter Reformbedarf im Gesundheitswesen	232
6.2.2	Bewertung der ausgabenseitigen Reformoption unter Tragfähigkeitsaspekten.....	236
6.3	Fortgesetzte Ausgabendynamik – Begrenzung der Risiken für den Bundeshaushalt	238
7	Tabellenanhang	245
	Abkürzungsverzeichnis.....	251
	Literaturverzeichnis.....	255

Abbildungen

Abbildung 1: Verortung von Ineffizienzen	37
Abbildung 2: Märkte und Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung.....	54
Abbildung 3: Zur Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen	125
Abbildung 4: Anteile der Kombinationen von Vertragspartnern der Krankenkassen an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen, Stand: 31.12.2008.....	144
Abbildung 5: Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen	146
Abbildung 6: Die Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren.....	160
Abbildung 7: Einnahmeschwäche der GKV	231
Abbildung 8: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2006.....	232
Abbildung 9: Änderung der Tragfähigkeitslücke (S2) bei alternativer Entwicklung der Gesundheitsausgaben.....	235
Abbildung 10: Ausgangsvariante und Politiksimulation im Vergleich	237

Tabellen

Tabelle 1: Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite	127
Tabelle 2: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen.....	132
Tabelle 3: Kostenevaluation Hausarztmodell	138
Tabelle 4: Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen.....	171
Tabelle 5: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen des Kartellverbotes	245
Tabelle 6: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle	246
Tabelle 7: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen der Missbrauchsaufsicht	248
Tabelle 8: Vergaberechtsverfahren	249

Zusammenfassung

Untersuchungsgegenstand

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht wie in vielen anderen Industrieländern vor großen Herausforderungen, denn die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung nehmen kontinuierlich zu. Dadurch entsteht ein permanenter Ausgabendruck mit der Folge, dass die Gesundheitsversorgung entsprechend steigende Anteile an der gesamtwirtschaftlichen Leistung beansprucht und damit verstärkt in Konkurrenz zu anderen Verwendungszwecken des Bruttoinlandsprodukts tritt. Eine zentrale Aufgabe der Politik wird es vor diesem Hintergrund in der Zukunft sein, die Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem so zu gestalten, dass es sowohl den steigenden Versorgungsansprüchen gerecht wird als auch nachhaltig finanzierbar bleibt.

Im Zentrum des Forschungsvorhabens für das Bundesministerium der Finanzen steht die Frage,

- inwiefern durch eine Stärkung wettbewerblicher Organisationselemente in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – insbesondere die Ausweitung von Selektivverträgen und die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts – Effizienzsteigerungen in der Gesundheitsversorgung erreicht werden können und
- welchen Beitrag wettbewerbsinduzierte Effizienzsteigerungen zu einer tragfähigen Finanzierung der GKV leisten können.

Bestandsaufnahme Effizienzpotentiale

Zur Beantwortung dieser Frage ist in einem ersten Schritt das Potential für Effizienzsteigerungen in der Gesundheitsversorgung der GKV näher zu bestimmen. Die grundlegenden ökonomischen Eigenschaften von Gesundheitsmärkten sowie zentrale institutionelle Gestaltungsmerkmale von Gesundheitssystemen – insbesondere fehlende Qualitätstransparenz und die Aufspaltung der Nachfrage in Verbrauch (Patienten) und Zahlung der Leistungsanbieter (Krankenkassen) – lassen substanzielle Effizienzpotentiale vermuten.

Auf einem hohen Aggregationsniveau, also für ein Gesundheitssystem als Ganzes, ist es bislang methodisch kaum möglich, eindeutige Aussagen zum Ausmaß des Effizienzpotentials in der Gesundheitsversorgung zu treffen. Internationale Vergleiche können lediglich erste grobe Anhaltspunkte für die Beurteilung der Effizienz des deutschen Gesundheitssystems liefern. Darüber hinaus sind vertiefende ökonomische und empirische Analysen für einzelne Versorgungsbereiche erforderlich. Mit ihnen kann eine Vielzahl von möglichen Ineffizienzen im GKV-finanzierten Gesundheitssystem identifiziert werden.

Insgesamt ergaben sich die stärksten Hinweise auf Effizienzreserven für die stationäre Versorgung. Der Krankenhaussektor ist trotz eines starken Produktivitätsanstiegs in den letzten Jahren durch Überkapazitäten und suboptimale Angebotsstrukturen gekennzeichnet, die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen einen dysfunktionalen Wettbewerb begünstigen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung deuten die auffällig hohen Arztkontraktanten auf Organisations- und Qualitätsprobleme und damit auf Effizienzmängel hin. Darüber hinaus ergeben sich aus der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes Anhaltspunkte für effizienz mindernde Wirkungen speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schließlich erschwert die institutionell bedingte Sektoralisierung der ambulanten und stationären Versorgung eine integrative und damit effiziente Behandlungsorganisation.

Im internationalen Vergleich gehen die möglichen bzw. identifizierbaren Effizienzpotenziale gegenwärtig nicht mit übermäßig hohen Ausgaben einher. Betrachtet man die Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Kopf unter Berücksichtigung von Kaufkraftunterschieden, nimmt Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern keine Spitzenposition ein. Gemessen am Ziel einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung müssen hingegen sämtliche Ausgaben, die über die Erschließung vorhandener Effizienzpotenziale vermeidbar wären, als übermäßig gewertet werden. Die Aufgabe, vorhandene Effizienzpotenziale in der Gesundheitsversorgung zu erschließen, stellt sich mit wachsender Dringlichkeit, weil allgemein von einem überproportional starken Wachstum des Gesundheitsbereichs ausgegangen wird. Von zukünftig steigenden Ansprüchen der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen sind zunehmende gesamtgesellschaftliche Verteilungskonflikte zu erwarten. Diese Konflikte werden kaum zu lösen oder abzumildern sein, wenn es nicht gelingt, offensichtliche Ineffizienzen im Gesundheitssystem zu verringern. Vor diesem Hintergrund sind also Effizienzsteigerungen notwendig, von denen realistischerweise weniger eine Senkung des Ausgabenniveaus zu erwarten sein dürfte, als vielmehr, dass der mengen- und qualitätsbezogene Gegenwert des Ressourceneinsatzes optimiert wird.

Damit zukünftig die konkreten Auswirkungen und Kosten von Ineffizienzen weitergehend quantifiziert und die gegenwärtig bestehenden, z. T. noch erheblichen Forschungslücken geschlossen werden können, wird empfohlen, den Datenzugang, insbesondere zu pseudonymisierten Routinedaten der GKV, für wissenschaftliche Fragestellungen zu verbessern. Zu diesem Zweck sollte die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Erstellung einer auch für wissenschaftliche Fragestellungen zugänglichen Versichertenstichprobe vorangetrieben werden.

Funktion des Wettbewerbs

Die technischen und organisatorischen Möglichkeiten für Effizienzsteigerungen eindeutig zu identifizieren ist auf einer abstrakten bzw. stärker aggregierten Ebene aus methodischen und datentechnischen Gründen oftmals schwierig. Ziel des Wettbewerbs ist es, durch Dezentralisierung von Entscheidungen verfügbare Informationen über diese Möglichkeiten umfassender zu nutzen, als es bei zentralisierter Organisation oder durch staatliche Regulierung geschehen kann. Neben dieser Such- und Entdeckungsfunktion des Wettbewerbs besteht die größte Herausforderung für eine stärkere Wettbewerbsorientierung in der GKV darin, die effizienzmindernden Wirkungen der Aufspaltung der Nachfrage zu minimieren. Hierzu sind die Wettbewerbsbedingungen so zu gestalten, dass Krankenkassen spürbare Anreize haben, gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen als optimale Sachwalter ihrer Versicherten zu handeln, und dass sie hierfür über die erforderlichen Handlungsspielräume und Instrumente verfügen.

Beurteilung der gegenwärtigen Wettbewerbsorientierung

Mit den jüngsten Gesundheitsreformen wurden genau diese Ziele verfolgt: Auf dem Versicherungsmarkt sollten den Krankenkassen Anreize gesetzt werden, ihre Angebote stärker auf kranke Menschen sowie auf Effizienzziele auszurichten. In Form erweiterter Möglichkeiten zu selektiven Vereinbarungen mit Leistungsanbietern öffneten sich ihnen erstmals substanzielle Handlungsspielräume, um diesen Anreizen nachzukommen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt fällt die Bilanz, die aus den jüngsten Gesundheitsreformen mit Blick auf die Wettbewerbsziele zu ziehen ist, gemischt aus. Das Ziel, die Wettbewerbsorientierung in der GKV nicht nur zu stärken, sondern auch ausgewogener, d. h. symmetrischer, zu gestalten, wurde insgesamt erreicht: Der Kassenwettbewerb auf dem Versicherungs-

markt wird nun in einem stärkeren Ausmaß durch wettbewerbliche Spielräume auf dem Vertragsmarkt, also dem Markt für Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, flankiert. Allerdings wurden mit den letzten Reformmaßnahmen wettbewerbsstärkende Elemente in einigen Bereichen wieder zurückgenommen. Dies betrifft die Hausarztverträge, den Bereich der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sowie die Hilfsmittelversorgung.

Dass durch die stärkere Wettbewerbsorientierung infolge der jüngsten Reformen substanzielle Effizienzgewinne erreicht wurden, lässt sich noch nicht belegen. Allenfalls im Arzneimittelbereich zeichnet sich ab, dass Effizienzpotenziale erschlossen werden, jedoch weitgehend begrenzt auf das Generikasegment und lediglich in Form von Preisreduzierungen. Für eine Beurteilung der Effizienzwirkungen der Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist es noch zu früh. Die Zunahme neuer Organisationsformen bei den Vertragsärzten und die wachsende Konkurrenz für die "gemeinsam und einheitlich" vereinbarten Kollektivverträge zeigen zumindest, dass auch in diesem Bereich neue wettbewerbliche Spielräume genutzt werden.

Auf dem Versicherungsmarkt wird der Preis- bzw. Beitragswettbewerb substantiell beeinträchtigt. Ursächlich hierfür ist nicht der einheitliche Beitragssatz, sondern die Begrenzung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, ohne dass es hierfür einen kassenübergreifenden Ausgleich gibt. Die 1 %-Überforderungsgrenze wirkt daher potenziell wettbewerbsverzerrend. Darüber hinaus wird der Beitragswettbewerb gesundheitspolitisch sowie durch das Kassenverhalten gehemmt, insoweit mögliche Zusatzbeiträge nicht als Preise, sondern ausschließlich als Ausweis von Unwirtschaftlichkeit angesehen werden. Das faktische bzw. angestrebte Einfrieren des Beitrags als Wettbewerbsparameter zugunsten eines vermeintlich "reinen Qualitätswettbewerbs" ist wettbewerbsökonomisch nicht begründbar und engt die Spielräume der Kassen ein, auf dem Vertragsmarkt erlangte Wettbewerbsvorteile durch klar erkennbare Preissignale auf dem Versicherungsmarkt zur Geltung zu bringen. Letztlich werden auch Möglichkeiten zur Finanzierung von Investitionen in Qualitätsverbesserungen und in die Entwicklung neuer Versorgungsformen begrenzt.

Wettbewerbspotentiale

Der vorliegende Bericht verortet die zentralen Wettbewerbs- und Effizienzpotenziale in drei Bereichen: im Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern, in der Ausweitung und Gestaltbarkeit von Selektivverträgen sowohl

für die ambulante als auch für eine sektorübergreifende, integrierte Versorgung sowie in der Anwendung des Wettbewerbsrechts in der GKV.

- Die stationäre Versorgung ist nicht nur der ausgabenträchtigste, sondern auch derjenige Leistungssektor in der GKV, für den sich die deutlichsten Hinweise auf bestehende Ineffizienzen ergeben. Dennoch wurden mit den jüngsten Reformen keine Maßnahmen ergriffen, den Wettbewerb im Krankenhausbereich zu stärken: Weder gelang eine klare Umstellung auf eine monistische und damit kohärente Krankenhausfinanzierung "aus einer Hand", noch wurden selektive Vertragsmöglichkeiten geschaffen. Statt dessen setzt die Gesundheitspolitik einseitig auf Effizienzdruck durch Nivellierung von Preisunterschieden im Rahmen des auf diagnosebezogenen Fallpauschalen basierenden Vergütungssystems (DRG-System). Gerade aber weil die Möglichkeit abweichender selektiver Vereinbarungen nur in Randbereichen gegeben ist, ist es einer stärkeren Wettbewerbsorientierung abträglich, wenn auch für Krankenhäuser der Preis als individuell gestaltbarer Wettbewerbsparameter eingefroren wird. Durch die Vereinheitlichung der DRG-Fallpauschalen geschieht aber genau dies. Die Effizienzverluste durch fehlenden Preiswettbewerb dürften zwar für den Krankenhausbereich am größten sein, das Problem stellt sich aber sektorübergreifend: in der ambulanten Versorgung in Form vereinheitlichter Punktwerte bei der Vergütung ärztlicher Leistungen, in der Arzneimittelversorgung in Form einheitlicher Erstattungspreise (Festbeträge) und schließlich auch auf dem Versicherungsmarkt in Form des einheitlichen Beitragssatzes bei gleichzeitiger Begrenzung kassenindividueller Zusatzbeiträge.
- Die gegenwärtigen "besonderen Versorgungsformen" und die bisherigen selektivvertraglichen Ansätze erfüllen nur teilweise die konzeptionellen Anforderungen einer integrierten Versorgung, ihnen fehlt eine ausreichende sektorübergreifende Orientierung. Die Effizienzverluste, die aus den Schnittstellenproblemen an der Sektorgrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entstehen, konnten so bislang nur sehr begrenzt gemindert werden.
- Durch die erweiterten Möglichkeiten für selektive Vereinbarungen wurden neue wettbewerbliche Handlungsspielräume geschaffen. Die Charakteristika des Gesundheitsmarktes (ausgeprägte Informationsasymmetrien, gespaltene Nachfrage) sind mit einem vergleichsweise hohen Risiko verbunden, dass Krankenkassen und Leistungsanbieter ihre neuen Handlungsspielräume auch in wettbewerbs- und effizienzmindernder Weise nutzen. Die Anwendung des Wettbewerbsrechts in der GKV sollte daher gewährleisten, dass Effizienzgewinne des Vertragswettbewerbs den Versicherten bzw. Patienten zugute

kommen und nicht durch Kartellierung oder Missbrauch von Marktmacht bei Leistungsanbietern oder Krankenkassen "hängen bleiben".

Auf der Grundlage eingehender Analysen kommt der vorliegende Bericht zu den im Folgenden ausgeführten Empfehlungen.

Empfehlungen für weitergehende Reformen

Mehr Preiswettbewerb im Krankenhaus

Die Entwicklung der Vergütung von Krankenhausleistungen zum gegenwärtigen DRG-Fallpauschalensystem war wichtig, um die Leistungstransparenz in der stationären Versorgung zu erhöhen und um eine systematische, leistungsbezogene Grundlage für die Preisbildung zu schaffen. Da es in der stationären Versorgung nur sehr begrenzte Möglichkeiten für abweichende selektive Vereinbarungen gibt, ist es einer stärkeren Wettbewerbsorientierung jedoch abträglich, wenn der Preis – infolge vereinheitlichter DRG-Fallpauschalen – für Krankenhäuser kein individuell gestaltbarer Wettbewerbsparameter ist. Folglich können Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit nicht in Form von Preissenkungen transparent machen, um damit Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Fällt der Preis als (Ver-)Handlungsparameter aus, wird die Vergütung eines Krankenhauses allein über die Vereinbarung der Leistungsmengen gesteuert. Um sich im Wettbewerb zu profilieren, bleibt dem Krankenhaus die Behandlungsqualität als zentraler Parameter. Asymmetrische Informationsverteilung und die damit verbundene Qualitätsintransparenz auf Gesundheitsmärkten erschweren jedoch auch die Qualitätsmessung und Qualitätsvergleiche in der stationären Versorgung. Folglich ist davon auszugehen, dass ein reiner Qualitätswettbewerb einen wesentlich schwächeren Wettbewerbsdruck entfaltet als ein Preiswettbewerb, weil Preisunterschiede offensichtlicher sind als Qualitätsunterschiede.

Vor diesem Hintergrund sollte das DRG-Fallpauschalensystem als maßgebliches Vergütungssystem für die stationäre Versorgung beibehalten werden. Krankenhäuser sollten aber die Möglichkeit erhalten, einzelne DRG-Leistungen zu abweichenden Fallwerten anzubieten, also auf die landes- bzw. bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen sowohl Abschläge einzuräumen als auch Aufschläge zu fordern (leistungsbezogene Preisdifferenzierung). Dabei kann die Möglichkeit zu abweichenden Fallwerten zunächst auf eine Auswahl von DRG-Leistungen beschränkt werden, die sukzessive ausgeweitet wird. Zusätzlich kann das Ausmaß der Abweichungen zunächst auf einen prozentual definierten Korridor begrenzt werden und ebenfalls sukzessive erweitert werden. Dagegen wird aus Gründen der Markttranspa-

renz empfohlen, keine Abweichungen von den einheitlichen Leistungsdefinitionen des DRG-Systems zuzulassen.

Krankenhäuser sollten Preisdifferenzierungen gegenüber einzelnen Krankenkassen nur nach einem System vornehmen dürfen, das für alle seine Vertragspartner gleichermaßen gilt (z. B. einheitliches mengenabhängiges Staffelpreissystem). Die krankenhausspezifischen Regeln sollten öffentlich zugänglich sein. Preisdifferenzierungen sollten Gegenstand selektiver Vereinbarungen von Krankenhäusern und Krankenkassen sein. Mehr- oder Mindererlöse im Vertragssystem der kollektiven Verhandlungen auf Kostenträgerseite, die sich als Folge dieser selektiven Vereinbarungen ergeben, sollten nicht ausgeglichen werden. Mittelfristig muss die Krankenhausplanung auf eine weniger detaillierte Rahmenplanung umgestellt werden, denn unter den gegenwärtigen Bedingungen könnten selektive Vereinbarungen schnell mit den in der Planung festgelegten Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser in Konflikt geraten.

Gegen eine stärkere Preisdifferenzierung spräche die Gefahr, dass die Leistungsanbieter die Möglichkeit zu abweichenden Fallwerten ausschließlich und gleichermaßen dazu nutzen, Zuschläge zu verlangen. In diesem Fall würde das Ziel der stärkeren Preisdifferenzierung verfehlt, spezifische Angebots- und Nachfragebedingungen auf lokalen oder indikationsbezogenen Teilmärkten besser, d. h. effizienzerhöhend, abzubilden. Eine solche Gefahr besteht, wenn die Voraussetzungen für einen funktionalen Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern nicht erfüllt sind, insbesondere wenn Teilmärkte durch lokale Monopole bzw. Marktmacht der Anbieter gekennzeichnet sind, so dass Preisdifferenzierungen die Generierung von Monopolrenten (bzw. das Abschöpfen von Konsumentenrenten) fördern. Auch eine geringe Leistungs- und Preistransparenz konterkariert die potenziell positiven Effizienzwirkungen von größeren preiswettbewerblichen Spielräumen der Krankenhäuser.

Für die stationäre Versorgung in Deutschland bestehen hingegen – z. B. im Vergleich mit dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt – aus zwei Gründen relativ günstige Voraussetzungen, um größere preiswettbewerbliche Spielräume zu schaffen: Erstens ist die Nachfrage nach Krankenhausleistungen, die im Wesentlichen von Krankenversicherungen ausgeht, vergleichsweise wenig fragmentiert (d. h. es gibt relativ große Krankenkassen), wodurch "Marktgegenmacht" entsteht und monopolistische Spielräume von Leistungsanbietern begrenzt bleiben. Zweitens besteht mit dem DRG-System in Deutschland eine auch im internationalen Vergleich herausragende Basis zur Schaffung von Preistransparenz auch bei größeren preiswettbewerblichen Spielräumen. Mehr Preiswettbewerb in der stationären Versorgung setzt zudem voraus, dass die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts dazu beiträgt, dysfunktionale Wirkungen einer stärkeren

Preisdifferenzierungen abzuwenden. Im Krankenhausbereich lässt sich hier an eine mehrjährige Erfahrung anknüpfen, durch wettbewerbsrechtliche Instrumente die Entstehung marktbeherrschender Stellungen zu verhindern.

Leistungsorientierte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Für die Finanzierung der Krankenhäuser ist – nach wie vor – ein kohärentes (monistisches) System anzustreben, in dem die Kliniken sowohl die Betriebsausgaben als auch die Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung finanzieren, die ihnen von den Krankenversicherungen für erbrachte Behandlungsleistungen gezahlt werden. Entscheidend ist, dass sich sämtliche Finanzmittel – also sowohl beitragsfinanzierte Leistungsvergütungen, als auch steuerfinanzierte Investitionsförderungen – gleichermaßen leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilen. Dieses Ziel sollte technisch dadurch erreicht werden, dass Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen gezahlt werden. Hierzu ist ein differenziertes System von Investitionszuschlägen zu entwickeln, das die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegelt. Die Kopplung an DRG-Pauschalen bedeutet, dass die Investitionsmittel über den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen im Rahmen der Vergütung stationärer Behandlungsleistungen an die Krankenhäuser gelangen.

Von einer leistungsbezogenen Zuteilung von Investitionsfördermitteln ist eine Beschleunigung des Abbaus von Überkapazitäten sowie der Spezialisierung der Krankenhäuser zu erwarten. Die Autoren empfehlen, eine solche Entwicklung durch zwei Maßnahmen zu flankieren:

- Die bisherige detaillierte Krankenhausplanung durch die Bundesländer sollte durch eine Aufsichtsfunktion gegenüber den zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäusern ersetzt werden, die sich ausschließlich auf die Qualität und Sicherheit der stationären Leistungen bezieht. Darüber hinaus überwachen die Bundesländer die Entwicklung der Krankenhauskapazitäten im Hinblick auf ihre regionale Verteilung und räumlichen Zugangsmöglichkeiten. Damit blieben die Bundesländer weiterhin verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen.
- Um unerwünschte Konsequenzen gesamtwirtschaftlich sinnvoller Anpassungen der Angebotsstrukturen in der stationären Versorgung – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – zu vermeiden, sollte ein Teil der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden, sondern in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern nach ein-

heitlichen Verfahrensgrundsätzen ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen.

Das jüngst verabschiedete Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wird diesen Empfehlungen nicht gerecht. Es sieht zwar die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab dem Jahr 2012 vor, aber die Neuregelung weist zwei grundlegende Mängel auf:

- Den Bundesländern wurde die Möglichkeit eingeräumt, sich gegen eine Umstellung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen zu entscheiden und statt dessen das bisherige Fördersystem aus Einzel- und Pauschalförderung beizubehalten.
- Die Bestimmung der Höhe leistungsorientierter Investitionspauschalen wird in eine Niveau- und in eine Strukturkomponente geteilt. Nur die Struktur, die "Investitionsbewertungsrelationen", sollen bundeseinheitlich festgelegt werden. Das Niveau, der "Investitionsfallwert", wird bundeslandspezifisch ermittelt, wobei hierfür noch Grundsätze und Kriterien entwickelt werden müssen. Eine solche Zweiteilung kennzeichnet auch das DRG-Vergütungssystem – und blieb dort nicht unwidersprochen, denn eine Preisniveaudifferenzierung nach Bundesländergrenzen lässt sich ökonomisch kaum begründen. Daher wurde mit dem KHRG beschlossen, die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten abzubauen.

Die Autoren empfehlen, dass die Investitionsförderung nach der Übergangszeit einheitlich auf leistungsorientierte Investitionspauschalen umgestellt wird und dass diese Pauschalen an die DRG-Vergütungspauschalen gekoppelt werden, um eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser zu erreichen. Bundeslandspezifische Investitionsfallwerte sollten vermieden werden, zumindest aber sollten Abweichungen im Einklang mit der Heranführung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert stehen. Eine bundeslandspezifisch abweichende Finanzierungsgestaltung sollte prinzipiell auf die gesonderte Förderung in strukturschwachen Regionen beschränkt werden.

Stärkung des Vertragswettbewerbs

Mangelnder Preiswettbewerb infolge administrativ vereinheitlichter "Preise" kennzeichnet nicht nur den Krankenhausbereich, sondern auch die ambulante Versorgung (einheitliche Punktwerte bei der Honorierung ärztlicher Leistungen) und die Arzneimittelversorgung (Festbeträge bei der Erstattung von Arzneimitteln durch die Krankenkassen). In beiden Sektoren besteht aber die Möglichkeit für die Krankenkassen, im Rahmen von selektiven Vereinbarungen mit Leistungsanbietern von den regulären Vergütungs- bzw. Erstattungssystemen abzuweichen. Mit den Selektivverträgen existiert

demnach ein Instrument, mit dem Preiswettbewerb stattfinden kann und mit dem mögliche Effizienzverluste durch undifferenzierte Preise vermieden werden können.

Neben der Möglichkeit, neue Vergütungsformen effizienzerhöhend einzusetzen, ist der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt von grundsätzlicher Bedeutung, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu steigern und möglichst optimal den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten anzupassen. Die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb mit und um Selektivverträge sind daher so zu gestalten bzw. weiter zu entwickeln, dass dieser Wettbewerb seiner Funktion gerecht werden kann: effizientere Versorgungsformen hervorzubringen und zur Durchsetzung überlegener Organisationsansätze zu führen.

Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung

Für die ambulante Versorgung ist es im Unterschied zum Krankenhausbereich nicht zielführend, eine Stärkung des Preiswettbewerbs durch erweiterte Möglichkeiten der Preisdifferenzierung im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems zu fordern. Gegen eine solche Forderung sprechen folgende Gründe:

- Für die ambulante vertragsärztliche Vergütung existiert auf kollektivvertraglicher Ebene derzeit kein vollständiges leistungs- bzw. diagnosebezogenes Fallpauschalensystem, wie es das DRG-System darstellt. Anders als im Krankenhausbereich hat sich in der ambulanten Versorgung bislang keine systematische, leistungsbezogene und transparente Grundlage für die Preisbildung etabliert, die als solide Basis für Preisdifferenzierungen verfügbar wäre. Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen in der fachärztlichen ambulanten Versorgung ist erst ab dem nächsten Jahr vorgesehen.
- Im kollektivvertraglichen System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kommt – neben den leistungsbezogenen Preisen (Punktwerten) – den mengenregulierenden Elementen ("Regelleistungsvolumen") eine größere Bedeutung für die Vergütung zu als im Krankenhausbereich. Eine Erklärung hierfür ist, dass die potenziell effizienzmindernde Wirkung einer angebotsinduzierten Nachfrage höher zu veranschlagen ist, weil Patienten einen leichteren Zugang zur ambulanten Versorgung haben und diese auch i. d. R. gegenüber einer stationären Behandlung präferieren. Abweichungen von den administrierten Preisen dürften daher die Steuerungswirksamkeit der Mengenregulierungen in der ambulanten Versorgung konterkarieren. Die gegenwärtigen Probleme und Konflikte bei der Umsetzung der jüngsten Honorarreform legen nahe, mittelfristig die Ausgestaltung

des kollektiven Vergütungssystems nicht mit neuen, zusätzlichen Gestaltungsoptionen zu belasten, bevor die jüngsten Reformschritte erfolgreich umgesetzt wurden.

- Krankenkassen können Selektivverträge zur hausärztlichen, zur besonderen (u. a. fachärztlichen) ambulanten und zur integrierten Versorgung mit Leistungsanbietern abschließen. Diese Verträge gewinnen durch die Möglichkeit zur Budgetbereinigung deutlich an Relevanz. In der stationären Versorgung bestehen dagegen keine vergleichbaren Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge. Daher schlagen die Autoren – im Unterschied zum Krankenhausbereich – nicht vor, die Möglichkeiten der Preisdifferenzierung im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems zu erweitern. Im Rahmen der selektiven Verträge verfügen die Krankenkassen über nennenswerte Spielräume, abweichende Vergütungsformen und damit auch unterschiedliche Preise für die Behandlung ihrer Versicherten zu vereinbaren.

Im Mittelpunkt der nächsten Reformschritte sollte daher stehen, den Vertragswettbewerb funktionsfähig zu machen, so dass er zu Effizienzsteigerungen beitragen kann. Derzeit fehlt es weniger an Möglichkeiten selektiven Kontrahierens als an adäquaten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb. Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die selektivvertragliche Versorgung wird daher vorgeschlagen:

- Chancengleichheit der Leistungsanbieter sichern: Ein ergebnisoffener und fairer Wettbewerb erfordert Chancengleichheit sowohl hinsichtlich der verschiedenen besonderen Versorgungsformen als auch bezüglich der Kollektive bzw. Gruppen von Leistungsanbietern, mit denen die Krankenkassen entsprechende Verträge schließen möchten. Für die selektive Vertragsgestaltung bedeutet dies konkret, dass es für die Krankenkassen keinen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben darf. Für eine solche Priorisierung sprechen beim derzeitigen Informationsstand vor allem hierzulande auch keine empirisch fundierten Erkenntnisse. Im Sinne einer Chancengleichheit sollten auch unterschiedliche Gruppen von Leistungsanbietern, d. h. Kassenärztliche Vereinigungen, Hausarztverbände oder bestimmte Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern, die gleichen Möglichkeiten zum Vertragsabschluss mit Krankenkassen besitzen. Mit der Neuregelung des § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung im Zuge des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes hat der Gesetzgeber die frühere Alleinstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch faktisch auf die Hausarztverbände übertragen. Diese Regelung besitzt sowohl gegenüber Kollektivverträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als

auch im Vergleich mit selektiven Verträgen deutliche Nachteile und bedarf daher dringend einer Korrektur. Mit dieser Empfehlung werden segmentierte Hausarztmodelle in Frage gestellt, nicht aber die grundsätzliche Bedeutung, die Hausärzte im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgung einnehmen können.

- **Sicherstellung der Versorgung wettbewerblich regeln:** Hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung existiert über die komparative Leistungsfähigkeit der selektiven gegenüber der kollektiven Vertragsgestaltung auch international bisher keine belastbare Informationsbasis, was hier ebenfalls einen ergebnisoffenen Wettbewerb als Suchprozess für die beste Lösung nahe legt. Die selektiven Verträge besitzen zwar im Prinzip Vorteile hinsichtlich der Innovationsfähigkeit und -bereitschaft der Beteiligten, stoßen aber bei kleineren und mittleren Krankenkassen an organisatorische Grenzen. Daher sollte der Sicherstellungsauftrag nicht vollumfänglich auf die Krankenkassen übergehen. Die Entscheidung darüber, unter welchen Umständen der Sicherstellungsauftrag von der Kassenärztlichen Vereinigung auf eine Krankenkasse übertragen wird, sollte von dem Anteil der Versicherten abhängig gemacht werden, die sich in das betreffende selektivvertraglich organisierte Versorgungsmodell einschreiben.
- **Konzentrationsprozesse zulassen, öffentliche Daseinsvorsorge für die Versorgungssicherheit stärken:** Die Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Versorgung führt in Ballungsräumen tendenziell zu umfassenderen Versorgungseinheiten. Eine Entwicklung in diese Richtung, die mit Konzentrationsprozessen auf Seiten der Leistungsanbieter und der Krankenkassen einhergeht, erscheint derzeit zumindest in Ansätzen absehbar. Sie sollte nicht behindert, jedoch von den Regulierungsverantwortlichen sorgfältig beobachtet werden, und zwar vor allem im Hinblick auf die Frage, inwiefern veränderte Versorgungsstrukturen erfassbare Effizienzgewinne generieren bzw. wie stark Konzentrationsprozesse (sowohl bei Krankenkassen als auch bei Leistungsanbietern) mit missbräuchlichem Verhalten im Sinne des Wettbewerbsrechts verbunden sind. Eine besondere Herausforderung stellt künftig die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen flächendeckenden Versorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten dar. Für solche Regionen, die vornehmlich, aber nicht ausschließlich in den neuen Bundesländern liegen, dürfte selbst ein oligopolistischer Wettbewerb unter den Leistungsanbietern an den dazu notwendigen Angebotsstrukturen scheitern. Unabhängig vom Verhältnis zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung liegt die Verantwortung für die flächendeckende Sicherstellung einer ausreichenden Gesund-

heitsversorgung letztlich beim Staat. Ihm obliegt die Aufgabe, Unterversorgung in Form von zu geringen Kapazitäten, einer unzumutbaren Entfernung zu den benötigten Leistungen und einer unzureichenden Leistungsqualität zu verhindern.

- **Finanzierung ohne Sonderförderung:** Es bedarf über eine verursachungsgerechte Bereinigung der kollektiven Budgets hinaus keiner gesonderten finanziellen Förderung der selektiven Verträge. Dies gilt umso mehr, als hier eindeutige zielorientierte Kriterien weitgehend fehlen.
- **Transparenz durch Evaluationen erhöhen:** Damit der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren auch Lerneffekte für das Gesamtsystem erzeugen kann, sollten bei bestimmten selektiven Verträgen Evaluationen durch unabhängige Sachverständige obligatorisch durchgeführt werden. Damit sollen insbesondere potentielle nachteilige Wettbewerbswirkungen auf die Versorgungsqualität aufgedeckt und die Markttransparenz erhöht werden.

Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung

Die durch die jüngsten Gesundheitsreformen verbesserten Möglichkeiten, selektive Vereinbarungen mit Leistungsanbietern zu treffen, haben die Krankenkassen in der Arzneimittelversorgung am schnellsten und stärksten genutzt. Eindeutig dominieren Rabattverträge im Generikasegment, mit denen vor allem der Preiswettbewerb der Arzneimittelhersteller unterhalb des Niveaus der Festbeträge intensiviert wird. Ein solcher primär auf Preisreduzierungen von Generika gerichteter Vertragswettbewerb trägt dazu bei, Einsparpotentiale insbesondere mit Blick auf höherpreisige Markengenerika auszuschöpfen. Diese Potentiale dürften aber mittlerweile zumindest teilweise erschlossen sein. Darüber hinaus werden durch die gegenwärtige Verengung des Wettbewerbs auf Preise unterhalb der Festbeträge die Effizienzpotentiale des Vertragswettbewerbs in der Arzneimittelversorgung nicht ausgeschöpft.

Weitergehende Effizienzpotentiale sind vor allem für die Bereiche zu vermuten, in denen Arzneimittel als prinzipiell gegenseitig substituierbar angesehen werden können, aber dennoch in qualitativer Hinsicht Unterschiede aufweisen. Insoweit über das Ausmaß dieser Unterschiede aufgrund lückenhafter Evidenz kein Konsens besteht, sollte die Entscheidung über Voraussetzungen und Höhe der Erstattung ebenfalls einem wettbewerblichen Prozess ausgesetzt und stärker dezentralisiert werden. Damit sich die dezentralen Entscheidungen an Effizienzkriterien orientieren, sollten sie Gegenstand des Vertragswettbewerbs zwischen Krankenkassen und Herstellern werden. Im Unterschied zu heute würde für die Arzneimittelberei-

che, für die die Erstattungspolitik stärker dem Vertragswettbewerb überlassen wird, die Festbetragsregulierung sowie eine zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung entfallen.

Ein Reformkonzept, das den Weg zu einer Neujustierung zwischen zentralen Regulierungselementen und dezentralem Wettbewerb aufzeigt, enthält das Gutachten zum Pharmastandort von IGES/Cassel/Wille/WIdO (2006), das kürzlich durch Cassel/Wille (2008) weitergehend spezifiziert wurde. Es sieht vor, dass Krankenkassen aus Arzneimittelvergleichsgruppen, die für alle Krankenkassen einheitlich gelten, eine Mindestanzahl von Präparaten frei auswählen können, auf die sie ihre Erstattung beschränken. Im Vertragswettbewerb entscheidet sich dann, welche Präparate eine Krankenkasse in ihre individuelle Arzneimittelliste aufnimmt und zu welchen Konditionen, insbesondere zu welchem Preis bzw. Preisrabatt, dies geschieht.

Die Arzneimittelvergleichsgruppen haben in diesem Reformmodell entscheidende Bedeutung für die Wettbewerbsintensität und damit für mögliche Effizienzgewinne, denn sie bestimmen über die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen und damit über die Konkurrenzsituation der Arzneimittelproduzenten. Die Vergleichsgruppen sollten rein nach indikations- und therapiespezifischen Kriterien gebildet werden, sie können daher sowohl patentgeschützte als auch Alt-Originale mit abgelaufenem Patentschutz sowie Generika umfassen. Im Unterschied zur heutigen Festbetragsstufe 3 sind die Arzneimittelvergleichsgruppen jedoch stärker differenziert, weil die Substituierbarkeit der Arzneimittel, auf deren Grundlage die Auswahlmöglichkeiten der Kassen festgelegt werden, weitere therapierelevante Merkmale berücksichtigt wie z. B. Zulassungsbedingungen, Nebenwirkungen, Applikation, Verträglichkeit und Wirkungsevidenz.

Von einer Umsetzung dieses Reformmodells ist zu erwarten, dass es den Vertragswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt auf eine breitere Basis stellt, die deutlich über eine Fokussierung auf die Absenkung von Generikapreisen unter Festbetragsniveau hinausgeht. Die Einführung weiterer Wettbewerbsparameter wie Verträglichkeit und Wirkungsevidenz schafft zusätzlich Anreize für eine Ausweitung neuartiger Vertragsmodelle, wie sie in Randbereichen bereits heute erprobt werden (z. B. Risk- oder Cost-Sharing-Verträge).

Allerdings wird ein Vertragswettbewerb auf der Grundlage dieses Reformmodells kaum dazu beitragen können, die Ausgabenrisiken zu begrenzen, die im Bereich der hochinnovativen und meist sehr teuren Spezialpräparate bestehen. Diese Präparate werden i. d. R. therapiebezogene Alleinstellungsmerkmale aufweisen, so dass sie keiner Arzneimittelvergleichsgruppe zugeordnet werden können – und damit auch nicht Gegenstand des Vertragswettbewerbs werden. Für diesen ausgabenintensiven Arzneimittelbereich wurden mit den jüngsten Gesundheitsreformen neue Regulierungs-

strumente eingeführt (Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das IQWiG, Höchsterstattungsbeträge nach § 31 Abs. 2a SGB V, Zweitmeinungsverfahren). Diese Instrumente wurden bislang kaum bzw. gar nicht genutzt, da hierfür zunächst teilweise aufwändige konzeptionelle, methodische und organisatorische Investitionen getätigt werden mussten. Die Wirkung dieser nicht-wettbewerblichen Ansätze zur Steigerung der Kosteneffizienz in der Arzneimittelversorgung sollten vor weiteren Reformschritten in diesem Bereich zunächst abgewartet werden.

Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen

Selektive Verträge zielen neben bzw. in Verbindung mit einer Stärkung der Wettbewerbsorientierung auch auf eine Überwindung der sektoralen Segmentierung der Gesundheitsversorgung (insbesondere in den ambulanten und den stationären Bereich) und damit letztlich auf eine Steigerung von Effizienz und Effektivität des Gesamtsystems. Zu diesem Zweck schuf der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren, die es den Vertragspartnern erlauben, im Rahmen von dezentralen Suchprozessen die Sektoralisierung mit Hilfe innovativer Versorgungsformen aufzubrechen. Wie für den Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung sind auch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für neue Formen einer integrierten Versorgung verbesserungsbedürftig.

- **Erhöhung der Leistungstransparenz:** An Selektivverträge zur integrierten Versorgung richtet sich die Erwartung, dass mit ihnen das Zusammenspiel der Leistungen aus den unterschiedlichen Versorgungssektoren verbessert wird. Damit Effizienzgewinne erreicht werden können, benötigen potentielle Vertragspartner Transparenz über die komparativen Vorteile unterschiedlicher Leistungen und Organisationsformen in qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht. Um die Leistungstransparenz zu erhöhen, sollten Maßnahmen ergriffen werden, die die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Leistungsangebote verbessern. Hierzu sollte in einem ersten Schritt die Implementierung sektorübergreifender Qualitätsindikatoren und Qualitätsstandards gefördert bzw. beschleunigt werden. Darüber hinaus sind die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden und perspektivisch auch die Leistungsdefinitionen sektorübergreifend zu vereinheitlichen.
- **Schaffung sektorübergreifender Leistungsvergütung:** Systematisch unterschiedliche Vergütungen für vergleichbare Leistungen begünstigen Effizienzverluste in der Gesundheitsversorgung. Derartige Vergütungsunterschiede gibt es sowohl als Folge der Sektoralisierung zwischen der ambulanten und der stationären Ver-

sorgung innerhalb der GKV (Einheitlicher Bewertungsmaßstab vs. DRG-Fallpauschalen) als auch infolge der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes zwischen GKV und PKV (Einheitlicher Bewertungsmaßstab vs. Gebührenordnung für Ärzte). Die Vergütungsunterschiede zwischen GKV und PKV können nach Einschätzung der Autoren nicht vereinheitlicht werden, ohne das Geschäftsmodell der PKV grundsätzlich in Frage zu stellen. Das bedeutet, dass das Problem der damit verbundenen Effizienzverluste nicht im Rahmen wettbewerbsorientierter Reformen auf den Vertragsmärkten zu lösen ist, sondern im Rahmen einer Reform der Finanzierung des Krankenversicherungssystems. Die Schaffung einer einheitlichen Vergütungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen in der GKV ist an eine Vielzahl von Voraussetzungen geknüpft, die derzeit nicht erfüllt sind (beispielsweise die o. a. Etablierung einheitlicher Leistungsdefinitionen). Außerdem befinden sich die Vergütungssysteme beider Sektoren in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, wobei der ambulante Bereich gegenüber dem stationären zurückliegt, insbesondere mit Blick auf die Einführung diagnosebezogener Pauschalen. Die Autoren schlagen daher als einen pragmatischen Ansatz vor:

- o das System der Vergütung stationärer Leistungen – wie empfohlen – um preiswettbewerbliche Elemente zu ergänzen (s. o.);
- o die noch ausstehenden Elemente der Reform des kollektiven Honorarsystems in der ambulanten Versorgung umzusetzen, insbesondere mit Blick auf die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen;
- o gleichzeitig in den konkurrierenden Selektivverträgen zur integrierten Versorgung sektorübergreifende Vergütungsformen einzusetzen.

Auf der Grundlage der aus den selektiven IV-Verträgen resultierenden Erfahrungen kann dann diskutiert werden, ob und in welchem Ausmaß eine Annäherung und letztlich Vereinheitlichung der sektorspezifischen Vergütungssysteme anzustreben ist. Als Vergütungsformen bieten sich in selektiven IV-Verträgen sektorübergreifende Komplexpauschalen an. Sofern sich diese Vergütungsform im Rahmen selektiver Verträge bewährt, steht ihr Einsatz auch in der kollektivvertraglichen Versorgung zur Diskussion. Darüber hinaus können Erfahrungen mit Komplexpauschalen zu einer kontaktunabhängigen Finanzierung, d. h. zu Capitation, anregen. Der Gesetzgeber sollte den Vertragsparteien hier weite Gestaltungsmöglichkeiten einräumen, d. h. z. B. für „Cost- und Risk Sharing“-Verträge keine Einschränkungen durch zentrale Instanzen vorgeben.

- Da die Behandlung von chronisch Kranken häufig eine integrierte Versorgung erfordert, bietet sich ein Einbezug der strukturierten Behandlungsprogramme unter die integrierten Versorgungsformen an. Diese Einbeziehung verbessert zum einen die Transparenz über die integrierte Versorgung und schafft zudem die gleichen Voraussetzungen für Projekte mit einer weitgehend identischen Zielsetzung. Um einem zentralen Anliegen von selektiven Verträgen und integrierter Versorgung zu entsprechen, sollten sich die integrierten Versorgungsformen auf sektorübergreifende Projekte beschränken. Für eine nur „interdisziplinär-fachübergreifende“ Versorgung bestehen im Gesetz, z. B. mit den Medizinischen Versorgungszentren, hinreichende Alternativen.

Im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag, die flächendeckende Versorgung, die Finanzierung und Evaluationen gelten dieselben Empfehlungen wie für den Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung.

Anwendung des Wettbewerbsrechts

Aus wettbewerbstheoretischer Sicht ergeben sich für die Anwendung der Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) im Wesentlichen drei Schlussfolgerungen:

- Erstens sollte das Kartellverbot gemäß § 1 GWB sowie §§ 2, 3 GWB sowohl auf der Versicherungsseite als auch bei allen direkten Leistungsanbietern im Bereich der Selektivverträge Anwendung finden. Damit kann zum einen verhindert werden, dass sich Kassen und Leistungserbringer durch Absprachen darauf einigen, die eröffneten Wettbewerbspotentiale nicht zu nutzen. Zum anderen sichert das Kartellverbot auch, dass mögliche Effizienzgewinne an die Versicherten weitergegeben werden.
- Zweitens ist hervorzuheben, dass die Missbrauchsaufsicht und damit die §§ 19 ff. GWB konsequent gelten sollen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Marktstrukturen, die durch zum Teil hohe Marktanteile einzelner Kassen und potentiell marktbeherrschende Stellungen einzelner Leistungserbringer gekennzeichnet sind, kann die Missbrauchsaufsicht als geeignetes Instrument zur Sicherung eines fairen Wettbewerbs angesehen werden. Dies gilt sowohl für den Wettbewerb unter den Kassen als auch für den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.
- Drittens ist die Anwendung des Vergaberechtes zu hinterfragen. Wenn die Instrumente des GWB im Bereich der Rabattverträge durchgängig auf gesetzliche Krankenkassen angewendet werden, wird das Vergaberecht überflüssig. Obgleich ein solches Vorgehen

mit der aktuellen Rechtsprechung des europäischen Gerichtshofes nicht vereinbar ist, sollten perspektivische Überlegungen in diese Richtung gehen. Vertragsklauseln, wie die Berechnung von Rabatten oder Mengenangaben, müssten dann nicht mehr darauf geprüft werden, ob sie mit dem Vergaberecht konform sind. Vielmehr würde sich der Gestaltungsspielraum der Vertragspartner erhöhen und es könnten zusätzliche Effizienzpotentiale erschlossen werden.

Implikationen für die Finanzpolitik

Die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben stellt ein Risiko für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen dar. Dies zeigen u. a. Berechnungen im Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Die Berechnungen zeigen auch, dass Ausgabendämpfungen grundsätzlich einen positiven Beitrag für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen leisten können. Effizienzsteigerungen, die ausgabenseitig durch eine weitergehende Stärkung von Wettbewerbselementen in der GKV erzielt werden, bewirken jedoch nicht zwangsläufig eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung.

Steigende Gesundheitsausgaben stellen keine Fehlentwicklung dar, wenn sie das Ergebnis einer zunehmenden Multimorbidität als Folge der Bevölkerungsalterung, eines die Lebensqualität der Patienten verbessernden und die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritts oder veränderter Präferenzen infolge eines gestiegenen Wohlstandes sind. Unter diesen Umständen sind steigende Gesundheitsausgaben effizient.

Reformmaßnahmen mit dem Ziel, einen Beitrag zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen zu leisten, sollten denjenigen Anteil an den Ausgabensteigerungen beseitigen, der seine Ursachen in effizienzfeindlichen Organisations- und Anreizstrukturen hat. Eine effektive Methode, diesen ineffizienten Anteil der Ausgabenentwicklung zu adressieren, ist die Implementierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Krankenkassen andererseits. Je mehr dies gelingt, desto eher stehen die Ziele der Gesundheitspolitik – die Bereitstellung von Gesundheitsgütern – in Harmonie mit dem Ziel der finanziellen Tragfähigkeit. Ohne eine derartige Implementierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs erwachsen unter Tragfähigkeits- und Finanzplanungsaspekten Risiken für die öffentlichen Haushalte.

Derartige Maßnahmen machen jedoch eine Reform des Finanzierungssystems nicht entbehrlich. Wegen der Erosion der Beitragsgrundlagen und weniger als Folge der demografischen Entwicklung und einer Zunahme der Gesundheitsausgaben ist es in den letzten Jahren zu Beitragssatzanstiegen gekommen. Auch weiterhin würden die – wenn auch möglicherweise im geringeren Ausmaß – steigenden Gesundheitsausgaben in einer Art finan-

ziert, von der seit längerem bekannt ist, dass sie mit gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumsverlusten verbunden ist und sich negativ auf die Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen auswirkt. Eine entsprechende grundlegende Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens wurde jedoch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht erreicht.

Besondere Risiken für die öffentlichen Haushalte erwachsen unter Tragfähigkeits- und Finanzplanungsaspekten aus dem mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg einer stärkeren Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen. Denn sollte die Mittelaufbringung über den im Rahmen der GKV-Beitragsverordnung festgelegten allgemeinen Beitragssatz in der öffentlichen Wahrnehmung als zu gering betrachtet werden und die Feinjustierung der kassenindividuell benötigten Finanzmittel über Zusatzbeiträge und Erstattungen nicht gelingen, entsteht politischer Druck, den Bundeszuschuss zu erhöhen. Der Bundeszuschuss sollte sich aber nicht zum fiskalischen Lückenfüller des GKV-Systems entwickeln.

Vor diesem Hintergrund und um nicht das die GKV prägende Prinzip der Beitragsfinanzierung auszuhöhlen, sollte der Bundeszuschuss mit einer klar definierten Zweckbindung versehen werden. Diese Zweckbindung sollte sicherstellen, dass der Bundeszuschuss die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in der GKV umfassend abdeckt.

Schließlich sollte die Teilung von Finanzierungslasten zwischen Bund und Ländern neu gestaltet werden. Angesichts der kontinuierlich sinkenden Anteile der Ländermittel an der Krankenhausfinanzierung ist es faktisch zu einer zunehmend monistischen Krankenhausfinanzierung gekommen. Auch hierdurch hat sich der Finanzierungsdruck in der GKV erhöht. Die Autoren empfehlen daher, diese "schleichende Monistik" durch eine explizite monistische Krankenhausfinanzierung zu ersetzen. Damit die Beitragszahler durch eine solche Umstellung der Krankenhausfinanzierung nicht zusätzlich belastet werden, sollten die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Steuermittel in einen monistischen Finanzierungsrahmen überführt werden. Für die technische Umsetzung wird ein Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen, das den Bundesländern zusteht, vorgeschlagen. Sollte eine Umstellung auf eine explizit monistische Krankenhausfinanzierung, wie sie die Autoren vorschlagen, politisch weiterhin nicht durchsetzbar sein, sollten die Bundesländer alternativ an der Finanzierung des mit einer Zweckbindung versehenen Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds beteiligt werden.

1 Einleitung

1.1 Fragestellung, Ziel und Abgrenzung des Forschungsvorhabens

Mit etwa 250 Mrd. Euro entsprechen die Gesundheitsausgaben in Deutschland rund einem Zehntel der gesamtwirtschaftlichen Leistung. Unter den Mitgliedsländern der OECD kommen nur die Vereinigten Staaten, die Schweiz und Frankreich auf höhere Verhältniswerte für die Gesundheitsausgaben.¹

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht wie in vielen anderen Industrieländern vor großen Herausforderungen, denn die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung nehmen kontinuierlich zu. Dadurch entsteht ein permanenter Ausgabendruck mit der Folge, dass die Gesundheitsversorgung entsprechend steigende Anteile an der gesamtwirtschaftlichen Leistung beansprucht und damit verstärkt in Konkurrenz zu anderen Verwendungszwecken des Bruttoinlandsprodukts tritt.

Als der hauptsächliche ausgabentreibende Faktor wird vielfach die Kombination aus einer alternden Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt genannt. Die Gesundheitsausgaben sind im Durchschnitt der Bevölkerung altersabhängig: Sie steigen in der zweiten Lebenshälfte stark an und betragen gegen Lebensende meist ein Vielfaches der Ausgaben, die in der ersten Lebenshälfte getätigt wurden. Hinzu kommt, dass immer mehr neue (und anfangs teure) lebensverlängernde und lebensqualitätsverbessernde Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden. Ob und wie stark diese beiden Effekte die zukünftige Ausgabenentwicklung beeinflussen werden, ist derzeit umstritten, jedoch wird zumindest ein relevantes Risiko darin gesehen, dass sich die altersabhängigen Ausgabenprofile im Gesundheitsbereich zukünftig signifikant versteilern.

Eine zentrale Aufgabe der Politik wird es vor diesem Hintergrund in der Zukunft sein, die Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem so zu gestalten, dass es sowohl den steigenden Versorgungsansprüchen gerecht wird als auch nachhaltig finanzierbar bleibt. Die entscheidende Herausforderung hierbei ist das Lösen von Konflikten in der Ressourcenverwendung: zum einen zwischen der Gesundheitsversorgung und anderen Bereichen,

¹ Abgrenzung der Gesundheitsausgaben gemäß Statistisches Bundesamt (2008). Zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben vgl. ausführlich Kapitel 3.2 im Annex.

insbesondere in der sozialen Sicherung, zum anderen bei der Allokation von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung.

Die Ressourcenkonflikte innerhalb des Gesundheitssystems ergeben sich aus einer "inkonsistenten Triade": Von den drei Zielen "umfassender Leistungsanspruch", "hohe Leistungsqualität" und "Zugang für alle" lassen sich bei steigenden Ansprüchen, aber begrenzten Ressourcen bestenfalls jeweils zwei Ziele widerspruchsfrei miteinander vereinbaren. Drei wesentliche Gestaltungsoptionen für den Umgang mit diesem Ziel- bzw. Ressourcenkonflikt können unterschieden werden:

1. Die Allokationseffizienz im Gesundheitssystem wird erhöht.
2. Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen bzw. die Finanzierungsstrukturen im Gesundheitssystem werden verändert.
3. Die Leistungsansprüche in gemeinschaftlich finanzierten Teilen des Gesundheitssystems werden verändert bzw. beschränkt (Rationierung).

Der Fokus des Forschungsvorhabens für das Bundesministerium der Finanzen liegt auf dem ersten Ansatz. Im Mittelpunkt steht die Frage, welchen Beitrag Effizienzsteigerungen zur Entschärfung der Ziel- und Ressourcenkonflikte im Gesundheitssystem leisten können.

Eine Erhöhung der Effizienz kann bedeuten, dass ein gegebenes Leistungsniveau mit geringerem Ressourcenaufwand realisiert wird oder dass bei unverändertem Ressourcenaufwand das Leistungsniveau gesteigert wird. Da von zunehmenden Ansprüchen der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung auszugehen ist, liegt es nahe, das Ziel der Effizienzsteigerung für die Gesundheitsversorgung so zu formulieren, dass bei gegebenem Finanzierungsrahmen der Leistungsumfang ausgeweitet und/oder die Leistungsqualität erhöht und/oder der Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessert werden.

Mit dem Fokus auf Effizienzsteigerungen liegt der Schwerpunkt des Forschungsvorhabens auf der Ausgabenseite des Gesundheitssystems, also auf den Organisationsprinzipien, nach denen das für Gesundheitsleistungen bestimmte Geld im Zusammenspiel der Nachfrager (Krankenversicherungen, Patienten) und Anbieter (Ärzte, Unternehmen) eingesetzt wird und nach denen die Gesundheitsleistungen letztlich erbracht werden. Ziel des Forschungsvorhabens ist es, im Hinblick auf diese Organisationsprinzipien Reformmaßnahmen zu identifizieren, mit denen einerseits Effizienz und Leistungs- bzw. Versorgungsqualität gesteigert, andererseits die Risiken für die öffentlichen Haushalte begrenzt werden können.

Der Auftraggeber hat das Forschungsvorhaben in zweifacher Hinsicht weitergehend spezifiziert:

- Da nach den Finanzierungsrisiken des öffentlichen Gesamthaushalts gefragt wird, bezieht sich die Untersuchung geeigneter Reformmaßnahmen auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).² In Anbetracht der in der GKV gültigen Solidarprinzipien gilt hierbei als „Nebenbedingung“, dass Reformmaßnahmen nicht zu einer finanziellen Überforderung einzelner Versicherter führen.
- Als Weg zur Erhöhung der Effizienz der Leistungserbringung im Rahmen der GKV werden die Ausweitung dezentraler Steuerungsmechanismen bzw. eine Stärkung wettbewerblicher Organisations-elemente betrachtet.

Der potenzielle Beitrag, den eine Ausweitung wettbewerblicher Gestaltungselemente zu einer für die öffentlichen Haushalte tragfähigen Finanzierung leisten kann, wird vertiefend für zwei konkrete Gestaltungselemente untersucht:

- Erweiterung der Möglichkeiten für Krankenkassen, die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten durch Selektivverträge mit Leistungserbringern zu gestalten;
- Ausweitung der Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor.

Darüber hinaus werden auch mögliche Gestaltungsoptionen in die Untersuchung einbezogen, die sich auf das Finanzierungssystem oder auf die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes beziehen, insoweit ihre Nutzung zur Effizienz- bzw. Qualitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung beitragen kann.

Zusammenfassend ist es das Ziel des Forschungsvorhabens, folgende Fragen zu beantworten:

- Wie kann im Gesundheitswesen durch eine stärkere dezentrale Steuerung mehr Effizienz bzw. eine höhere Qualität erreicht werden?
- Wie kann und soll ein wettbewerbliches Gesundheitssystem aussehen? Wo liegen die Grenzen des Wettbewerbs?

² Im Jahr 2007 wurden rund 77 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland öffentlich finanziert, d. h. durch Sozialversicherungen (Parafiski) oder direkt aus dem Staatshaushalt (öffentlicher Gesundheitsschutz, Beihilfeleistungen für Staatsbedienstete). Auf die GKV entfielen etwa drei Viertel der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

- Welchen Beitrag kann eine stärkere Wettbewerbsorientierung für eine tragfähige Finanzpolitik leisten?

Auf der Grundlage der Antworten zu diesen Fragen sind anschließend weiterführende Reformschritte zu erarbeiten.

1.2 Begriff und These der Ineffizienz im deutschen Gesundheitssystem

In der öffentlichen Diskussion hat sich ein sehr einfaches, griffiges Bild von der Ineffizienz des deutschen Gesundheitssystems verfestigt: "Man bezahlt einen Mercedes und bekommt einen Golf". Als "Beleg" werden die im internationalen Vergleich hohe Quote der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt einerseits und die nur mittlere Lebenserwartung andererseits gegenübergestellt. Die Ursache für dieses Missverhältnis seien suboptimale Versorgungsstrukturen und -prozesse. Eine Standardreferenz für die Dokumentation von Ineffizienzen im Versorgungssystem ist das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur "Über-, Unter- und Fehlversorgung" aus dem Jahr 2001 (SVR-G 2001). Die Ergebnisse dieses Gutachtens beruhen auf einer Befragung von 300 wissenschaftlichen Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen des Gesundheitswesens.

Auf die Schwierigkeit, die benannten Ineffizienzen im Gesundheitssystem konkret zu fassen – d. h. zu operationalisieren und zu quantifizieren –, deuten die wenigen und i. A. nur sehr vagen Schätzungen hin. Für das gesamte Gesundheitssystem reichen sie von etwa 10 bis zu 40 Mrd. Euro.³ Die methodische Basis dieser Schätzungen ist meist fragwürdig. Transparency International zum Beispiel beziffert die "Ausgabenverschleuderung" durch korruptionsbedingte Fehlsteuerungen im deutschen Gesundheitssystem auf eine Größenordnung zwischen 6 bis 20 Mrd. Euro. Diese, allein schon aufgrund der Bandbreite nur sehr vage Schätzung, beruht auf Anteilswerten, die von US-amerikanischen und britischen Gesundheitsexperten auf einer Konferenz im Jahre 2004 genannt und ohne Berücksichtigung von institutionellen Unterschieden zwischen den nationalen Gesundheitssystemen auf Deutschland übertragen wurden (Transparency International Deutschland e.V. 2008). Nur für einige Teilbereiche des Gesundheitssystems existieren genauere und methodisch stärker unterfütterte Angaben zu Effizienzreserven. Hierzu zählt der Bereich der Arzneimittelverordnungen in der GKV. Das Wissenschaftliche Institut der AOK schätzt hier das Einsparpotential für das Jahr 2007 auf knapp 2,9 Mrd. Euro, das u. a. durch eine stärkere

³ Vgl. hierzu und zur Ineffizienz-These in der öffentlichen Diskussion beispielhaft Tutt (2006).

Bevorzugung von günstigen Generika hätte realisiert werden können (siehe hierzu ausführlich Annex).

Die verbreitete These, dass in der Gesundheitsversorgung Ineffizienzen existieren, ist auf einige wesentliche Begleitumstände der Erbringung von Gesundheitsleistungen zurückzuführen. Aus ökonomischer Sicht handelt es sich bei Gesundheitsleistungen um zum Teil hochkomplexe Dienstleistungen, deren Qualität sich nicht einfach feststellen lässt. Gesundheitsleistungen haben häufig den Charakter von Erfahrungs- oder Vertrauensgütern. Ihre Qualität bleibt unter diesen Umständen für die Nachfrager der Leistungen intransparent, so dass Leistungsangebot und Nachfrageentscheidungen nicht immer den tatsächlichen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen. Die Effizienz von Märkten für Gesundheitsleistungen wird hierdurch beeinträchtigt.

Für die Effizienz von Märkten – also ihre Fähigkeit, Ressourcen optimal im Sinne der Präferenzen der Verbraucher zu nutzen – sind dabei weniger fehlende Informationen über die Qualität ein Problem, als vielmehr die ungleiche Verteilung dieser Information zwischen Produzent und Leistungsempfänger. Im Gesundheitsbereich ist das Wissen über Befindlichkeit und Behandlungsmöglichkeiten ungleich zwischen Patienten und Ärzten verteilt. Dies bedeutet, dass die Kooperation beider Seiten Voraussetzung für eine hohe Qualität medizinischer Leistungen ist (uno-actu-Prinzip). Die individuellen Interessen, die das Verhalten von Patienten und Ärzten steuern, können sich jedoch auch auf andere Ziele als eine optimale Behandlungsqualität richten, letzterer sogar entgegenstehen. So wird den Versicherten allgemein eine Verhaltenstendenz unterstellt, die maximale anstatt der optimalen Leistungsmenge nachzufragen, solange ihre individuelle Inanspruchnahme keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe ihres Versicherungsbeitrages hat. An Versicherte richtet sich daher häufig der Vorwurf des "mangelnden Kostenbewusstseins" bzw. einer "fehlenden Eigenverantwortung". Auf der anderen Seite wird den Ärzten bzw. den Leistungserbringern eine Tendenz zur medizinisch nicht begründbaren Leistungsausweitung unterstellt: Aufgrund ihrer höheren Sachkunde sind sie in der Lage, die Nachfrage nach ihren Leistungen zumindest teilweise selbst zu bestimmen ("angebotsinduzierte Nachfrage").

Neben diesen grundlegenden ökonomischen Eigenschaften tragen auch einige Elemente der institutionellen Ausgestaltung von Gesundheitssystemen zu den Effizienzproblemen in der Gesundheitsversorgung bei. Die Tendenz, allein aufgrund eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen ("moral hazard") wird in der GKV durch das Sachleistungsprinzip begünstigt. Nach diesem Prinzip besteht zwischen dem Leistungserbringer (bzw. Arzt) und dem Versicherten kein unmittelbares, individuelles Vertragsverhältnis. Statt dessen schließen

die Krankenkassen für ihre Versicherten kollektive Behandlungsverträge mit den Leistungserbringern und übernehmen im Rahmen dieser Verträge auch direkt die vollständige Vergütung der Leistungen. Die Versicherten können dann die Leistungen unentgeltlich in Anspruch nehmen. Im Unterschied hierzu müssen Versicherte nach dem Kostenerstattungsprinzip, wie es in privaten Krankenversicherungen gilt, für die Bezahlung der Leistungserbringer zunächst in Vorkasse treten, um sich die ausgelegten Beträge anschließend von ihrer Versicherung erstatten zu lassen. Sowohl von dem Umstand, dass Versicherte nach dem Sachleistungsprinzip keine Rechnung für die Leistungsanspruchnahme erhalten, als auch von der fehlenden Vorleistungspflicht bei der Bezahlung der Leistungserbringer wird vielfach vermutet, dass sie eine ineffiziente "Überanspruchnahme" von Leistungen in der GKV begünstigen (siehe hierzu ausführlich Annex).

Ein weiterer institutioneller Aspekt des deutschen GKV-Systems, der die Markteffizienz potenziell mindert, ist das Solidarprinzip. Jeder Bürger hat den gleichen und nur von seinem gesundheitlichen Bedarf abhängigen Zugang zu medizinischer Versorgung. Die GKV-Beiträge berechnen sich hingegen völlig unabhängig vom Leistungsanspruch oder vom individuellen Gesundheitsrisiko ("Inanspruchnehmerisiko"), sondern ausschließlich anhand der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die Art der Beitragsbemessung in der GKV führt zu einem einkommensbezogenen Solidarausgleich zwischen kranken und gesunden, alten und jungen, kinderlosen und Familien mit Kindern sowie armen und reichen Versicherten. Ein Versicherungswettbewerb, bei dem Anbieter mit unterschiedlichen Tarifen und Preisen darum konkurrieren, den individuellen Sicherheitspräferenzen der Nachfrager möglichst gerecht zu werden, ist somit in der GKV weitgehend ausgeschlossen.

1.3 Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitswesen

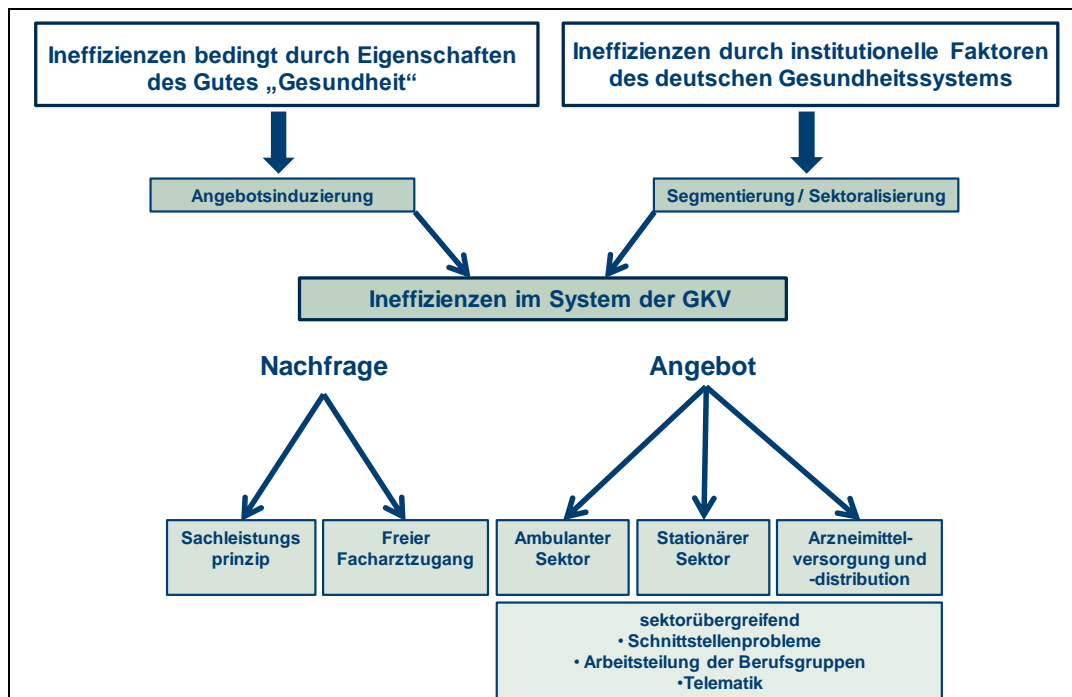
Die grundlegenden ökonomischen Eigenschaften von Gesundheitsmärkten, aber auch institutionelle Rahmenbedingungen in der GKV lassen die Vermutung plausibel erscheinen, dass ungenutzte Effizienzpotentiale existieren. Sie deuten aber auch auf den teilweise begrenzten Spielraum für Effizienzverbesserungen im deutschen Gesundheitssystem hin. Als Ausgangspunkt des vorliegenden Forschungsberichts werden daher zunächst der Ressourceneinsatz und die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems sowie ihr Verhältnis zueinander anhand zentraler Indikatoren und Kennziffern sowie verfügbarer Studien analysiert. Um Aussagen über die Angemessenheit des Verhältnisses von Ressourceneinsatz und Leistungsergebnis machen zu können, bedarf es eines Referenzmaßstabes. Da es für die

Effizienz eines Gesundheitssystems keinen wissenschaftlich fundierten, absoluten Referenzmaßstab gibt, müssen relative Vergleichsgrößen herangezogen werden. Dies geschieht im Rahmen internationaler oder intertemporaler Vergleiche. Aus internationalen Vergleichen lassen sich Hinweise auf vorhandene Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems ableiten.

Da es auf der Basis internationaler Vergleiche nur wenige aussagekräftige (kausalanalytische) und methodisch fundierte Studien gibt, wird anschließend der Frage nach der Evidenzlage für vorhandene Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem vertiefend anhand ausgewählter Leistungsbereiche nachgegangen. Hierbei werden die folgenden Aspekte und Bereiche der Gesundheitsversorgung genauer betrachtet, bei denen in Deutschland häufig Ineffizienzen und daraus ableitbare Einsparpotentiale vermutet werden. Dazu zählt an erster Stelle der Aspekt einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Folge von angebotsinduzierter Nachfrage, die eine Folge der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten ist und sich daher direkt auf die ökonomischen Eigenschaften des Gutes "Gesundheit" zurückführen lässt. Im Anschluss werden mögliche Ineffizienzen aufgrund institutioneller Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems, nämlich der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes, aufgezeigt.

Die anschließenden Kapitel beschäftigen sich dann mit Bereichen der GKV, in denen Ineffizienzen vermutet werden. Dabei wird zwischen Ineffizienzen auf Seiten der Nachfrage und Ineffizienzen auf Seiten des Angebots unterschieden. Nachfrageseitig werden Ineffizienzen aufgrund einer Überinanspruchnahme durch das Sachleistungsprinzip in der GKV und des freien Facharztzugangs vermutet. Die angebotsseitigen Faktoren werden getrennt nach den einzelnen Sektoren betrachtet. Es wird zum einen untersucht, ob die nunmehr nebeneinander existierenden ambulanten Organisationsformen eine effizientere Gesundheitsversorgung ermöglichen. Zum anderen wird der stationäre Sektor einer eingehenden Betrachtung unterzogen, da sich aufgrund des internationalen Vergleiches dort großes Effizienzpotential vermuten lässt. Des Weiteren wird auf der Angebotsseite analysiert inwiefern die Arzneimittelversorgung und die unzureichende Konkurrenz in der Arzneimitteldistribution Effizienzpotential bergen. Abschließend werden drei sektorübergreifende Themen auf ihr Effizienzpotential hin untersucht, nämlich die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sektoren, eine unzureichende Arbeitsteilung der im Gesundheitssektor tätigen Berufsgruppen sowie der Einsatz von Telematik. Abbildung 1 zeigt die Unterteilung der Analyse, mittels derer die einzelnen Bereiche untersucht wurden.

Abbildung 1: Verortung von Ineffizienzen



Quelle: IGES

Eine ausführliche Analyse des Ressourceneinsatzes, der Leistungsfähigkeit und der Effizienz des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich sowie einzelner Teilbereiche innerhalb des GKV Systems findet sich im Annex zu diesem Bericht. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dargestellt.

1.3.1 Zusammenfassung des internationalen Vergleichs

Eine international vergleichende, separate Betrachtung des Ressourceneinsatzes (Mengen, Kapazitäten, Ausgaben) einerseits und der Leistungsfähigkeit (Output, Outcome) andererseits unterliegt einer Reihe datentechnischer und methodischer Schwierigkeiten. Es ist daher nur begrenzt möglich, aus deskriptiver und international vergleichender Analyse eindeutige Aussagen über Effizienzpotentiale im deutschen Gesundheitssystem zu treffen. Allerdings ergeben sich für einige Bereiche Anhaltspunkte, die auf Effizienzpotentiale hindeuten und tiefere Untersuchungen nahelegen.

Die Betrachtung des Ressourceneinsatzes zeigte für Deutschland insbesondere an zwei Stellen Auffälligkeiten, die die Vermutung von Ineffizienzen stützen.

- Deutschland nimmt mit seinen Krankenhauskapazitäten – trotz eines starken Produktivitätsanstiegs in den letzten Jahren – international

noch immer eine klare Spitzenstellung ein. Die Angaben zur Anzahl der Krankenhaustage pro Kopf, der Betten je Einwohner und die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegen deutlich über den Vergleichswerten. Bleiben jegliche Qualitäts- und Outcome-Variablen unberücksichtigt, scheint Deutschland deutliche Überkapazitäten im Krankenhaussektor aufzuweisen. Die statistisch erfasste Häufigkeit stationärer Operationen hat sich jedoch seit der Jahrtausendwende stark verringert und dürfte – trotz Überzeichnung durch Veränderungen in der Erfassungsmethode – neben der rückläufigen stationären Verweildauer ein Indikator dafür sein, dass Überkapazitäten bereits abgebaut wurden.

- Der zweite Anhaltspunkt aus dem internationalen Vergleich ist die hohe Arztkontaktrate in der ambulanten Versorgung bei deutlich unterdurchschnittlichen Ausgaben für ambulant-ärztliche Versorgung. Hieraus lassen sich äußerst geringe Kosten je Arztkontakt ableiten. Das Phänomen großer Mengen bei geringen Einzelkosten in der vertragsärztlichen Versorgung wird zumindest teilweise auf die Eigenheiten des Vergütungssystems in der Vergangenheit zurück geführt. Darüber hinaus stellen sich Fragen nach der Qualität und der Organisation der Versorgung. Berücksichtigt man, dass Ärzte im Durchschnitt an einem Arbeitstag rund 38 Patienten behandeln sollen, ist es möglich, dass häufig nicht genügend Behandlungszeit für aufwendige Diagnosen oder ausführliche Patientengespräche zur Verfügung steht und die Behandlungsqualität darunter leidet. Effizienzeinbußen infolge überdurchschnittlich häufiger Arztkontakte können auch außerhalb des Gesundheitssektors entstehen, etwa durch die damit verbundenen Ausfallzeiten bei Erwerbstätigen.

Im Hinblick auf gesundheitsbezogene Ergebnisindikatoren wie Lebenserwartung, Gesundheitszustand der Bevölkerung und krankheitsspezifische Sterblichkeitsraten erreicht das deutsche Gesundheitssystem in den verfügbaren Auswertungen häufig nur mittlere Ränge. Trotz der gleichzeitig gemessen an der Wirtschaftskraft überdurchschnittlichen Ausgaben wäre es voreilig, hieraus die Schlussfolgerung zu ziehen, das deutsche Gesundheitssystem sei ineffizient. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens i. e. S. an der Veränderung einiger dieser Ergebnisindikatoren liegt teilweise deutlich unter 50 %. Für einige Indikatoren, in denen der Erklärungsanteil höher liegt ("vermeidbare Sterblichkeit"), wurde gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem eine deutlich bessere Position einnimmt. Ein Teil des (überdurchschnittlichen) Ressourcenaufwands richtet sich zudem auf Leistungsdimensionen des Gesundheitssystems, die sich in nicht direkt morbiditäts- bzw. mortalitätsbezogenen Indikatoren niederschlagen wie etwa einem diskriminierungsfreien Zugang oder Wartezeiten. Mit Blick auf den Zugang

zu ärztlicher Versorgung außerhalb der Sprechzeiten und Komplikationsraten bei Krankenhausaufenthalten schneidet Deutschland im Urteil von Patienten nach aktuellen internationalen Befragungen sehr gut ab.

Insgesamt ergibt die deskriptive und international vergleichende Analyse von grundlegenden Indikatoren des Gesundheitssystems einige Anhaltspunkte für einen übermäßigen Ressourceneinsatz (Krankenhaussektor) und für Mängel in der Organisation ärztlicher Versorgung (ambulanter Sektor). Anhaltspunkte für eine suboptimale Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems sind weniger eindeutig ableitbar. Letztlich ist eine deskriptive separate Betrachtung von Ressourceneinsatz und Ergebnissen unzureichend, denn die Effizienz des Gesundheitssystems leitet sich aus dem Verhältnis von Ergebnissen der gesundheitlichen Versorgung zu den dafür eingesetzten Ressourcen ab.

Nur wenige Untersuchungen bestimmen dieses Verhältnis durch simultane Betrachtung von Input- und Ergebnisindikatoren und versuchen darüber hinaus, die Zusammenhänge empirisch zu erklären. Diese Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Deutschland in der Regel meist im Mittelfeld rangiert, wenn Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen international verglichen werden. Aus methodischer Sicht können jedoch die Ergebnisse der Vergleichsanalysen überwiegend nicht befriedigen. Auch lassen sich Ansatzpunkte für eine Reduktion vermuteter Ineffizienzen in Gesundheitssystemen aus den bisher vorliegenden, vergleichenden Analysen nur sehr bedingt ableiten. Hierzu bedarf es vertiefter Analysen bezogen auf einzelne Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheitssystems, in denen die größten Effizienzpotentiale vermutet werden.

1.3.2 Zusammenfassung der Analyse einzelner Teilbereiche des deutschen Gesundheitssystems

Angebotsinduzierung

Der Arzt ist im Hinblick auf bestimmte krankheitsrelevante Informationen auf Auskünfte des Patienten angewiesen, hat aber selbst gegenüber dem Patienten einen Informationsvorsprung über die Behandlungsmöglichkeiten. Von angebotsinduzierter Nachfrage wird dann gesprochen, wenn Ärzte ihre Position dazu nutzen, mehr Leistungen zu erbringen, als Patienten bei gleichem Informationsstand in Anspruch nähmen, oder mehr Leistungen abrechnen, als es ohne ein zu ihren Gunsten bestehendes Informationsgefälle möglich wäre. Insgesamt ergeben die wenigen verfügbaren empirischen Studien zur Frage nach dem Ausmaß angebotsinduzierter Nachfrage in der ärztlichen Versorgung in Deutschland kein klares Ergebnis. Angesichts der methodischen Herausforderungen, dieses Phänomen aus vorhandenen Da-

ten herauszufiltern und dabei insbesondere latente Nachfrageüberhänge oder gar aus epidemiologischer Sicht erwünschte Angebotsinduzierungen zu berücksichtigen, erstaunt die bescheidene Evidenzlage zu dieser zentralen gesundheitspolitischen Frage nicht. Letztlich müsste man die Leistungsmenge simulieren, die Patienten bei vollständiger Information über die gesundheitlichen und finanziellen Folgen ihres Verhaltens nachfragen würden. Da die tatsächliche Nachfrage durch die bestehenden Informationsasymmetrien und durch weitgehenden Versicherungsschutz mit Sachleistungsprinzip "überformt" wird, erscheint die Annahme plausibel, dass sie zumindest von der Nachfrage unter Idealbedingungen abweicht und hieran gemessen zu Ineffizienzen führt. Da diese Idealbedingungen jedoch nirgendwo in der Realität vorzufinden sind, ist es ebenso plausibel davon auszugehen, dass diese Ineffizienzen zwar tendenziell verringert, jedoch nicht vollständig beseitigt werden können. Maßnahmen zur Effizienzsteigerung müssten darauf gerichtet sein, die Information der Patienten über medizinische Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern und sie die finanziellen Konsequenzen ihres Nachfrageverhaltens stärker spüren zu lassen, z. B. in Form von Selbstbeteiligungen. Letzteres steht allerdings stets in Konkurrenz zum Ziel, einen den Sicherheitspräferenzen angemessenen Versicherungsschutz anzubieten, und zu den spezifischen Solidarprinzipien in der GKV.

Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes

Die unterschiedliche Vergütung für die Behandlung von PKV-Versicherten einerseits und GKV-Versicherten andererseits setzt monetäre Anreize, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln. Diese Unterschiede – oft auch als "Zwei-Klassen-Medizin" bezeichnet – sind nicht nur unter Gerechtigkeitsaspekten zu beurteilen, sondern auch unter Effizienzaspekten, v. a. dann, wenn die Ausgestaltung der Vergütungsanreize eine Allokation ärztlicher Ressourcen nach medizinischer Dringlichkeit konterkariert. Die Segmentierung selbst lässt sich weder versicherungsökonomisch noch unter Versorgungsgesichtspunkten begründen. Sie manifestiert sich in unterschiedlichen Möglichkeiten des Zugangs zu erstattungsfähigen Leistungen und in unterschiedlichen Vergütungssystemen (Preise und Mengen). Inwieweit die Segmentierung zu einer "Zwei-Klassen-Medizin" führt, also zu systematisch durch den gesetzlich geregelten Versichertenstatus bestimmten Unterschieden in der Versorgungsqualität, konnte bislang empirisch nur in Ansätzen beantwortet werden. Eine effizienzmindernde Wirkung ergibt sich aber auch – und gerade – ohne derartige Unterschiede, wenn medizinisch vergleichbare Leistungen infolge einer regulierungsbedingten Segmentierung dauerhaft zu unterschiedlichen Preisen erbracht werden.

Sachleistungsprinzip

Es existieren keine ausreichenden Belege dafür, dass das Sachleistungsprinzip zu einer Vielzahl unnötiger, vom Patienten initiiertes Behandlungen führt, die sich durch Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip verringern ließen. Befürworter des Kostenerstattungsprinzips argumentieren häufig mit der erhöhten Kostentransparenz, die dazu führe, dass Versicherte weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nähmen. In der Praxis wird das Kostenerstattungsprinzip i. d. R. mit finanziellen Selbstbeteiligungen der Versicherten kombiniert. Studien zeigen, dass die direkte finanzielle Beteiligung des Patienten an den Kosten (Selbstbehalt) wie bei der Praxisgebühr das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten beeinflussen kann. Inwiefern beobachtete Reduzierungen der Inanspruchnahme auf die Wirkung des Selbsthalts, die Wirkung der finanziellen Vorausleistung der Versicherten oder die Wirkung speziell einer erhöhten Kostentransparenz zurück zu führen ist, kann auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht abschließend beantwortet werden. Aus einigen Untersuchungen ergaben sich sogar Hinweise darauf, dass Kostentransparenz zu Mehrausgaben führen kann, wenn Patienten bei Qualitätsunsicherheit einen höheren Preis als Indikator für höhere Qualität ansehen. Eine obligatorische Umstellung der GKV vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip wäre zudem gleichbedeutend mit der Aufhebung eines Großteils des komplexen Instrumentariums der Ausgabensteuerung in der GKV. Welche Auswirkungen dies auf die Effizienz des Gesundheitswesens hätte, ist unklar.

Freier Facharztzugang und Doppeluntersuchungen

Medizinisch unnötige und damit vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sind eine mögliche Erscheinungsform angebotsinduzierter Nachfrage. Sie werden vielfach mit einem institutionellen Merkmal des deutschen Gesundheitssystems in Verbindung gebracht, nämlich der so genannten "doppelten Facharztschiene". Ineffizienzen aufgrund von Doppel- bzw. Mehrfachuntersuchungen werden regelmäßig wiederkehrend von verschiedenen Akteuren des deutschen Gesundheitswesens beklagt, wobei es für ihre Existenz und die damit verbundenen Einsparpotentiale in den meisten Fällen keine belastbaren empirischen Belege gibt. Die Evidenzlage muss daher als unzureichend eingestuft werden und steht in einem deutlichen Missverhältnis zur Häufigkeit des Ineffizienzvorwurfs und den darauf bezogenen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Für den Teil medizinisch nicht erforderlicher Doppeluntersuchungen, die innerhalb des ambulanten Bereichs stattfinden und mit einer Überinanspruchnahme des freien Facharztzugangs durch die Versicherten ("Ärztehopping") in Verbindung ge-

bracht werden, hatte das IGES Institut eine empirisch gestützte Auswertung auf der Basis von Routineabrechnungsdaten einer repräsentativen GKV-Stichprobe durchgeführt. In die Auswertung einbezogen wurden die häufig in der Kritik stehenden Untersuchungen der bildgebenden Verfahren, d. h. strahlendiagnostische Untersuchungen (Röntgen und Computer-Tomografie (CT) sowie die Magnetresonanz-Tomografie (MRT)). Auf Grundlage einer Sensitivitätsanalyse errechneten sich für die gesamte GKV jährliche Einsparungen zwischen 63,7 Mio. und 325,4 Mio. Euro. Bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2004 (140,2 Mrd. Euro) ergaben sich daraus Einsparpotentiale zwischen 0,05 % und 0,23 %, was einer Spannweite zwischen 0,01 und 0,03 Beitragssatzpunkten entspräche. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es Einsparpotentiale durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen gibt, diese Einsparpotentiale aber – zumindest innerhalb des ambulanten Bereichs – stark überschätzt werden.

Ambulante Organisation der Versorgung

Die Einzelpraxis in der ambulanten ärztlichen Versorgung gilt vielen als eine Organisationsform, die angesichts des wachsenden Bedarfs an Integration zunehmend spezialisierter Behandlungsleistungen Effizienz Nachteile gegenüber interdisziplinär und fachübergreifend organisierter Versorgungsformen aufweist. Vor allen Dingen im ambulanten Bereich setzen sich immer mehr Bemühungen durch, Schnittstellenprobleme zu überwinden und Kooperationsnetze aufzubauen. So nahm die Anzahl der Praxisnetze und Medizinischen Versorgungszentren in den letzten Jahren kontinuierlich zu, gleichermaßen nahm die Anzahl der Einzelpraxen ab. Ob sich die verschiedenen Versorgungsstrukturen allerdings auf die Kostenstruktur und die Versorgungsqualität auswirken, ist bisher nicht durch Studien belegbar. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass eine Unterscheidung der Praxisarten gegenwärtig schwer durchführbar ist. Die aggregierten Praxisdaten geben lediglich an, ob ein oder mehrere Vertragsarztsitze gemeldet sind. Da dies für medizinische Versorgungszentren (MVZ) gleichermaßen gelten kann, ist es bisher nicht möglich, anhand der Kostenstrukturdaten der Praxen zu untersuchen, inwiefern MVZ wirtschaftlicher arbeiten als Einzelpraxen.

Effizienzpotential im Krankenhaussektor

Für den Krankenhaussektor ergibt bereits der internationale Vergleich deutliche Hinweise auf Überkapazitäten. Auch aus einer vertiefenden Betrachtung erhält man Anhaltspunkte für bislang unerschlossene Effizienzpotentiale. Die duale Krankenhausfinanzierung bedingt, dass – im Gegensatz zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen – Investitionen vielfach nicht

konsequent leistungsorientiert finanziert und durchgeführt werden. Dadurch wird die Bildung von Überkapazitäten begünstigt, die Krankenhäuser in ruinöse Konkurrenz zwingen und letztlich zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität beitragen. Die getrennte Investitionsfinanzierung beeinträchtigt darüber hinaus die Rentabilität des Krankenhausbetriebs, wenn rechtzeitige bzw. mit dem Leistungsgeschehen kohärente Modernisierungsinvestitionen unterbleiben. Die betriebswirtschaftlichen Erfolge privatisierter Kliniken, aber auch der wachsende Marktanteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft werden häufig als Abbau bestehender Ineffizienzen in der stationären Versorgung interpretiert. Die (formale) Privatisierung von Krankenhäusern ist jedoch für sich genommen kein Weg, die Effizienz in der stationären Versorgung zu steigern. Entscheidend ist vielmehr die Frage, ob hierdurch Veränderungen materieller Natur stattfinden, die es privatisierten Krankenhäusern ermöglichen, ihre Effizienz stärker zu steigern als ohne Privatisierung (z. B. im Hinblick auf die Finanzierung von Modernisierungsinvestitionen). Die vorliegenden empirischen Studien, die den Einfluss von Unterschieden in der Krankenhausträgerschaft thematisieren, geben hierauf keine befriedigende Antwort. Jedoch zeigen die Studien unabhängig von der Trägerschaft, dass noch ein großes Effizienzpotential in den einzelnen Krankenhäusern besteht. Konkrete einzelwirtschaftliche Ansätze zur Effizienzsteigerung sind die Auslagerung von Leistungen, der kostenreduzierende Einsatz moderner Medizintechnik, ein verbessertes Energiemanagement sowie eine Optimierung der internen Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser. Der Einsatz moderner Medizintechnik ist eng mit der übergreifenden Frage der Investitionsfinanzierung verknüpft. Für die mögliche Höhe von Einsparpotentialen durch moderne Medizintechnik und Energiemanagement fehlen belastbare Untersuchungen.

Einsparpotentiale in der Arzneimittelversorgung

Eine differenzierte Analyse der Ausgabenentwicklung in der Arzneimittelversorgung ergibt, dass die Zunahme der Arzneimittelausgaben in der GKV ganz überwiegend durch Mengeneffekte verursacht wird und weit weniger durch strukturelle Effekte, in denen sich ein unwirtschaftliches Ordnungsverhalten äußert. Auch wenn davon auszugehen ist, dass Arzneimittel teilweise nicht eingenommen werden, können die Mengenzunahmen weitgehend mit Steigerungen des Verbrauchs gleichgesetzt werden, die sich in den meisten Indikationsgebieten mit einer Lücke zwischen dem medizinischen Bedarf und der verordneten Menge erklären lassen. Neben der Ausgabenentwicklung werden vermutete Ineffizienzen in der Arzneimittelversorgung auch in Form eines Einsparpotentials als Bestandsgröße ermittelt. Es muss allerdings bezweifelt werden, dass große Teile dieses Potentials in der Realität tatsächlich gehoben werden können, weil teilweise unrealisti-

sche Annahmen getroffen werden. Doch selbst wenn diese Einsparpotentiale vollständig realisiert werden könnten, ließe sich der zu erwartende Ausgabenanstieg im Bereich der hochpreisigen Medikamente gegen schwere Erkrankungen (Krebs, Autoimmunerkrankungen etc.) nur für die Dauer eines Jahres vermeiden.

Wettbewerbsmängel in der Arzneimitteldistribution

In der Arzneimitteldistribution lassen sich zwei grundlegende Wettbewerbsmängel feststellen, die für Effizienzeinbußen verantwortlich gemacht werden. Zum einen ist dies das geltende Fremd- und Mehrbesitzverbot, dessen Liberalisierung den bisher nur eingeschränkten Anbieterwettbewerb intensivieren würde. Der zweite gravierende Wettbewerbsmangel ist das Fehlen eines Preiswettbewerb im Vertrieb verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Dies wird durch die in der Arzneimittelpreisverordnung einheitlichen Zuschläge für erstattungsfähige Arzneimittel verhindert, was wiederum als Ursache für mangelnde Kosteneffizienz gesehen werden kann. Abhilfe könnte bspw. die Einführung von apothekenindividuellen Handelspreisen darstellen. Lediglich ein Herabsetzen des Apothekenabschlags oder der Großhandelsmarge könnten zwar Einspareffekte bewirken, jedoch würde dieser Schritt nichts an dem bestehenden Problem der Preisregulierung und des mangelhaften Vertriebswettbewerbs ändern. Es gäbe in diesem Fall auch weiterhin keine wirtschaftlichen Anreize für Patienten, eine günstigere Apotheke zu besuchen.

Sektoralisierung / Schnittstellenprobleme

Die unzureichende Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheitssystems wird vielfach als ein Hauptgrund für Ineffizienzen gesehen. Zum einen führt diese "Sektoralisierung" zu vielfältigen Schnittstellen entlang der Behandlungslinie eines Patienten, durch die z. T. eine starke Fragmentierung des Behandlungsprozesses entsteht. Auffällig ist dabei v. a. die starke Trennung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung, die zur suboptimalen Arbeitsteilung und Verzahnung, zu Informationslücken sowie mangelhafter Kommunikation und Koordination zwischen den Versorgungssektoren führen kann. Zum anderen werden Behandlungen aufgrund der institutionellen Regelungen von unterschiedlichen Kostenträgern nach verschiedenen Vergütungsformen finanziert. Dies behindert die systemoptimale Organisation von Behandlungsprozessen und führt zu einer mangelnden Gesamtverantwortung. In der Praxis kommt es somit häufig zu Leistungsverschiebungen zwischen den einzelnen Sektoren mit dem Ziel, das jeweils eigene sektorale Budget nicht zu belasten.

Die Konzentration auf einzelne Teilbereiche und sektorale Budgets führt zu Allokationsverzerrungen und zu einer ineffizienten Verwendung der finanziellen Ressourcen. Die empirische Evidenz zum Ausmaß der Effizienzverluste durch ungenutzte Substitutions- bzw. Verlagerungsmöglichkeiten zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ist gering, und es liegen nur sehr grobe Schätzungen vor. Anhand verfügbarer Daten lässt sich zeigen, dass trotz der institutionell und gesetzlich verankerten Sektorgrenzen in einigen Bereichen substanzielle Verlagerungsprozesse stattgefunden haben. Die Entwicklung der vollstationären Fallzahlen zeigt differenziert, dass in einigen Krankheitsbereichen in der Vergangenheit ausgeprägte intersektorale Verschiebungen stattgefunden haben. Trotz dieser offensichtlichen und unter Versorgungsgesichtspunkten sinnvollen Verlagerungen ist davon auszugehen, dass bislang ungenutzte Effizienzpotentiale in weitergehenden Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich liegen. Die mangelnde empirische Evidenz ist hauptsächlich auf die unterschiedlichen Codierungen und unterschiedlichen Vergütungssystematiken abgerechneter Prozeduren im ambulanten und stationären Sektor zurückzuführen, die sich nur begrenzt miteinander vergleichen lassen. Ein Vergleich der Kosten zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich für potenziell verlagerbare Leistungen zur Ermittlung eines Einsparpotentials ist aufgrund der unterschiedlichen Vergütungsarten nur sehr eingeschränkt durchführbar. Für einen Vergleich der Entwicklung von Fallzahlen und Kosten über die Zeit müssten zudem sich ändernde externe Rahmenbedingungen beachtet werden. Des Weiteren muss beachtet werden, dass die relativen Preise zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor tendenziell verzerrt sind, da in der ambulanten Versorgung die Investitionen der Leistungserbringer vollständig aus der Vergütung der Krankenkassen finanziert werden müssen, während im stationären Sektor die Krankenkassen nur die Betriebskosten tragen.

Unzureichende Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

Der kontinuierliche medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem zunehmend spezialisierten Wissen sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Aufgabenbereich. Diese Entwicklung erfordert eine ebenso kontinuierliche Anpassung der Organisation gesundheitlicher Versorgung. Im Hinblick auf den Personaleinsatz bedeutet dies, dass die am höchsten qualifizierten Berufsgruppen von den Aufgaben mit den relativ geringsten Qualifikationsanforderungen entlastet werden müssen, um sich angesichts begrenzter Ressourcen neuartige Behandlungsmethoden mit höheren Qualifikationsanforderungen und stärkerer Spezialisierung aneignen zu können. Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt machen auch die vor allem

demographisch bedingten Veränderungen des Versorgungsbedarfs Anpassungen der personellen Organisation und Arbeitsteilung verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitssystem notwendig. Für die Bewältigung einer Nachfrage, die durch alterungsbedingt zunehmende chronische Erkrankungen und Multimorbidität gekennzeichnet sein dürfte, wird bei begrenzten personellen Ressourcen – insbesondere mit Blick auf hochqualifiziertes Personal – eine veränderte Arbeitsteilung in der gesundheitlichen Versorgung unabdingbar. Diese Veränderungen können dazu beitragen, dass sich die beruflichen Tätigkeiten der unterschiedlich qualifizierten Gruppen im Gesundheitssystem mit Blick auf die zukünftigen Herausforderungen optimal ergänzen. Allerdings erhöht eine zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung immer auch die Fragmentierung der Versorgung, neue Schnittstellen entstehen, und der Bedarf an Koordination diversifizierter Tätigkeiten wächst.

Telematik

Informationstechnologien und gesundheits telematische Innovationen besitzen ein großes Potential für Qualitätssicherung und -verbesserung in der medizinischen Versorgung. Vermutet wird, dass sich diese durch einen verbesserten Informationsfluss beim Einsatz moderner Kommunikationstechnologien erzielen lassen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse zur Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur in Deutschland kam zum Ergebnis, dass die elektronische Gesundheitskarte nur dann in den ersten fünf Jahren nicht defizitär sei, würden neben der gesetzlich vorgegebenen weitere Zusatzfunktionen der Karte (z. B. EPA - elektronische Patientenakte) genutzt. Zusätzlich wurde betrachtet, welche Beteiligten einen höheren Nutzen haben würden. Für die gesetzlichen Krankenkassen ergab sich den Berechnungen zufolge ein Nettonutzen von 2,2 Mrd. Euro, für die Ärzte hingegen ein negativer Nettonutzen von knapp 1,4 Mrd. Euro. Die elektronische Patientenakte stellt somit ein Kernstück und Plattform im Kontext telematischer Technologien im Gesundheitswesen dar, sie ist jedoch noch nicht die Regel, obwohl davon ausgegangen wird, dass ein einrichtungsübergreifender, prozessorientierter Dokumentationsvorgang einen positiven Beitrag zu Effizienz und Qualität der Versorgung leisten könnte. Der Nutzen im Verhältnis zu den damit verbundenen Kosten ist allerdings noch nicht umfassend dargestellt worden. Eine systematische Analyse der internationalen Literatur, die überwiegend aus den USA stammt, wurde zu diesem Thema durchgeführt, es wurden Belege gefunden, dass die Einführung von EPA ein relevantes Potential zur Kosteneinsparung birgt. Eindeutige Belege stehen aber noch aus. Defizite bestehen hinsichtlich des Nachweises des konkreten Nutzens von telemedizinischen Maßnahmen sowie hinsichtlich der quantitativen Darstellung. Die Wirkung von Disease Management Programmen

(DMP) ist Gegenstand einer Reihe von Übersichtsarbeiten, in welchen die Telemedizin allerdings nur einen Teilaspekt darstellt. Die Wirksamkeit telemedizinischer Maßnahmen im engeren Sinne, darunter insbesondere der Telefonie, ist wiederum Gegenstand eines Spektrums von Arbeiten in unterschiedlichen Indikationsbereichen. Für den deutschsprachigen Raum existieren keine vergleichbaren systematischen Übersichtsarbeiten.

Fazit

Mit den ökonomischen und empirischen Analysen konnte eine Vielzahl von möglichen Ineffizienzen im GKV-finanzierten Gesundheitssystem identifiziert werden. Insbesondere die ökonomischen Eigenschaften von Gesundheitsleistungen, die damit verbundene Qualitätsunsicherheit und Intransparenz begünstigen Effizienzeinbußen in der Gesundheitsversorgung. Die leistungsbereichsspezifische Analyse ergab die deutlichsten Anhaltspunkte für ungenutzte Effizienzpotentiale für den Krankenhaussektor. Eindeutige Wettbewerbsmängel sind für den Bereich der Arzneimitteldistribution feststellbar. Die konkreten Auswirkungen und Kosten von Ineffizienzen lassen sich aufgrund z. T. erheblicher Forschungslücken bzw. methodischer oder datentechnischer Schwierigkeiten oft kaum belastbar quantifizieren. Der Befund unzureichender Belege für Ineffizienz kann jedoch nicht als Beleg für die (bzw. eine überdurchschnittliche) Effizienz des deutschen Gesundheitssystems interpretiert werden. Für die gesundheitspolitische Diskussion ergeben sich hieraus statt dessen folgende Implikationen:

- Angesichts der hohen und mit der nationalen Wirtschaftskraft steigenden Wertschätzung von Gesundheitsleistungen ist das Ziel von Effizienzsteigerungen in der Form, dass bei einem insgesamt unveränderten Versorgungsniveau Ausgaben gesenkt werden, keine realistische Politikoption – zumal die Treffsicherheit von Maßnahmen zur Ausgabenreduzierung angesichts der ausgeprägt schiefen Verteilung der Behandlungskosten fraglich ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit zu ungewollten Verwerfungen in der Versorgungsqualität führen dürfte. Statt dessen sollte es Ziel von Effizienzsteigerungen sein, den mengen- und qualitätsbezogenen Gegenwert des Ressourceneinsatzes zu optimieren.
- Auf wissenschaftlich-empirischer Basis fällt der konkrete Nachweis von Art, Ort und Ausmaß eines ineffizienten Ressourceneinsatzes vergleichsweise schwer. Angesichts des mangelhaften Wissens über (In-)Effizienzen im Gesundheitswesen sollte der gesundheitspolitische bzw. gesetzlich bestimmte Rahmen für die Organisation von Leistungsprozessen möglichst versorgungsformneutral sein. Die Öffnung der Gesundheitsversorgung für dezentrale Wettbewerbspro-

zesse, die zur Identifizierung und Verringerung von Ineffizienzen beitragen können, erscheint daher unabdingbar.

- Die Identifizierung und Verringerung von Ineffizienzen ist stets mit Kosten verbunden, und es ist davon auszugehen, dass die Grenzkosten der Hebung von Effizienzreserven einen steigenden Verlauf haben. Als Indiz hierfür kann die Vielzahl an Regulierungen und ihrer "Nachbesserungen" mit dem Ziel der Ausgabendämpfung herangezogen werden. Auch angesichts der schwierigen Marktbedingungen im Gesundheitswesen (Informationsasymmetrien) ist weniger die weitgehende Beseitigung von Ineffizienzen als vielmehr ein optimales Ausmaß an Ineffizienzen anzustreben.

1.4 Empfehlung zur Verbesserung der Evidenz

Damit zukünftig die konkreten Auswirkungen und Kosten von Ineffizienzen weitergehend quantifiziert und die gegenwärtig bestehenden, z. T. noch erheblichen Forschungslücken geschlossen werden können, wird empfohlen, den Datenzugang für die Wissenschaft zu verbessern.

Für das Gesundheitswesen gibt es eine Vielzahl von Daten, es herrscht kein Datenmangel. Der Zugang ist jedoch begrenzt und/oder die Datenqualität gering. Es gab bereits in der Vergangenheit Bemühungen, mehr Datentransparenz zu schaffen. Dabei ist ein erfolgreiches Dateninfrastrukturprojekt hervorzuheben: Die infolge eines Forschungsprojektes im Jahr 1999 in den Routinebetrieb übergangene Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes liefert eine umfassende und der Öffentlichkeit zugängliche Dateninformationsplattform. Fortschritte bei der Datenverfügbarkeit stellen zudem die Scientific-Use-Files (SUF) des Forschungsdatenzentrums der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder dar, einschließlich der seit dem Jahr 1993 jährlich erscheinenden Krankenhausdiagnosedaten.

Trotz der allgemeinen Fortschritte ist die Nutzung der Scientific-Use-Files im Bereich Gesundheit begrenzt und i. d. R. nur mit größerer zeitlicher Verzögerung möglich. Für gesundheitsökonomische Analysen und gesundheitspolitische Fragestellungen erfordert eine zeitnahe Einschätzung und Analyse einen schnelleren und aktuelleren Zugang, insbesondere zu Routinedaten der GKV für Sekundäranalysen.

In Zukunft soll mittels eines allgemeinen Datenpools (Versichertenstichprobe) auf Grundlage von Abrechnungsdaten der GKV ein umfassender Zugang zu Routinedaten ermöglicht und für im SGB V spezifizierte Nut-

zungsberechtigte gewährleistet werden.⁴ Obwohl mit dem GMG 2004 die gesetzlichen Grundlagen für dieses Vorhaben festgesetzt wurden, sind die gegenwärtigen Bemühungen zur Entwicklung und Fertigstellung des vorgesehenen Datenpools nicht weit gediehen. Die hierfür eingesetzte *Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz* ist bisher zu keinem konkreten Konsens gelangt und damit auch noch zu keiner Verfügung zum Umgang mit personenbezogenen Abrechnungsdaten. Laut Gesetz sollte die Arbeitsgemeinschaft bis zum Jahresende 2006 dem Gesundheitsministerium ein Ergebnisbericht vorgelegen. Bis heute sind jedoch keine weiteren Aktivitäten erkennbar, obwohl die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, Routineabrechnungsdaten für eine allgemeine Versichertenstichprobe bereitzustellen.

Die Vorteile pseudonymisierter personenbezogener Sekundärdaten sind offensichtlich. Routinedaten, wie sie im Abrechnungsprozess der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, ermöglichen es, ohne Bias die realen Bedingungen in der Gesundheitsversorgung zu beschreiben, da Patienten, Ärzte und Situationen unter Alltagsbedingungen abgebildet werden. Die ganzheitliche Sicht auf Inanspruchnahme und Kosten sowie die große Fallzahl ermöglichen valide Analysen. Longitudinale Analysen pseudonymisierter Routinedaten, die morbiditätsspezifische Informationen enthalten, verbinden geringe Untersuchungs- und Erhebungskosten bei gleichzeitig hoher Validität und einer sofortigen Bearbeitung der Fragestellung. Jedoch sind diese Daten bisher nur projektbezogen, zeitlich und/oder regional begrenzt nutzbar. Eine Kontinuität des Datenzugangs sowie der Datenbasis sind jedoch erforderlich, um bspw. Längsschnitt- oder Kohortenanalysen durchführen zu können.

Die gegenwärtigen, zum Teil erheblichen Wissensdefizite und Forschungslücken, methodischen und datentechnischen Schwierigkeiten für die Beurteilung der Effizienz des Ressourceneinsatzes könnten bei besserer Verfügbarkeit von Routinedaten verringert werden. Eine belastbare Quantifizierung ließe sich weitaus einfacher und schneller darstellen, würde es die

⁴ Vgl. SGB V § 303 a-f. Als Nutzungsberechtigte genannt werden dort u. a. "Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen". Als mögliche Datenverwendungszwecke werden u. a. genannt "Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.), Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung), Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen."

Möglichkeit geben, regulär auf eine Versichertenstichprobe zuzugreifen. Es wird daher empfohlen, die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Erstellung einer auch für wissenschaftliche Fragestellungen zugänglichen Versichertenstichprobe voranzutreiben.

2 Stand der Wettbewerbsorientierung nach der Gesundheitsreform 2007

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurden im Jahr 2007 zwei grundlegende Reformschritte im Gesundheitswesen unternommen. Mit beiden Gesetzen wurden Handlungsspielräume der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten erweitert und damit zusätzliches Potential dafür geschaffen, dass sich der Wettbewerb um Effizienz im Gesundheitssystem auf der Basis dezentraler Entscheidungs- und Steuerungsprozesse verstärkt.

Gegenstand dieses Berichtsteils ist der Stand der Wettbewerbsorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Um die Frage zu beantworten, ob die GKV heute „ausreichend“ wettbewerblich organisiert ist, wird zunächst erläutert, in welchem Ausmaß sich Wettbewerb generell für die Organisation von Gesundheitssystemen als Leitbild eignet und was dieses Leitbild impliziert. Hieraus ergeben sich die wesentlichen Referenzpunkte, anhand derer sich beurteilen lässt, wie sich die Wettbewerbsorientierung der GKV mit der Gesundheitsreform 2007 verstärkt hat. Zu diesem Zweck werden die aktuellen Reformen zunächst in den Kontext vorangegangener Reformen eingeordnet, insoweit diese ebenfalls eine Stärkung der Wettbewerbsorientierung zum Ziel hatten. Der Schwerpunkt der Betrachtungen liegt dabei auf dem Wettbewerb im Bereich der Leistungserbringung.

Die Beurteilung der erreichten Wettbewerbsorientierung umfasst die Frage nach der Existenz weiterer, bislang nicht erschlossener Wettbewerbspotentiale. Solche Potentiale können sich daraus ergeben, dass vorhandene Spielräume für wettbewerbliches Handeln ungenutzt bleiben. Zu fragen ist dann nach den Gründen hierfür.⁵ Darüber hinaus können an anderer Stelle aufgrund der gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen die Handlungsspielräume fehlen, um weitergehende Potentiale zu nutzen, über eine stärkere Wettbewerbsorientierung Effizienz und Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zu steigern. Dieser Fall wird am Beispiel des (fehlenden) Preiswettbewerbs in der stationären Versorgung untersucht (Kapitel 3).

⁵ Für selektive Leistungsverträge wird dieser Frage vertiefend in Kapitel 4 nachgegangen.

2.1 Wettbewerb als Leitbild im Gesundheitswesen

Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern stellt ein Organisationsprinzip mit instrumenteller Funktion dar, gemäß dem über die Verwendung knapper Ressourcen entschieden werden kann. Von einem funktionsfähigen Wettbewerb erwartet man einen effizienten Ressourceneinsatz, der den gesellschaftlichen Zielvorstellungen in optimaler Weise entspricht. Der Ressourceneinsatz ist dann effizient, wenn er die zum Stand der Technik kostenminimale Herstellung präferenzgerechter Güter ermöglicht (statische Effizienz). Wettbewerb soll darüber hinaus effektive Anreize für Innovationen erzeugen, mit denen den Bedürfnissen und Präferenzen der Nachfrage über den aktuellen Stand der Technik hinausgehend entsprochen werden kann (dynamische Effizienz).

Eine Reihe von Umständen führt dazu, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen vom Konzept eines marktwirtschaftlichen Wettbewerbs abweicht. Dabei handelt es sich um Marktunvollkommenheiten, die teilweise durch die Gutseigenschaften verursacht werden (Informationsasymmetrien bei Gesundheits- und Versicherungsleistungen) und teilweise durch gezielte staatliche Eingriffe (vgl. Annex). Zu letzteren zählt vor allem, dass die Zuteilung des Güter- und Leistungsangebots nicht – wie für Wettbewerbsmärkte typisch – nach individueller Zahlungsbereitschaft erfolgt. Statt dessen werden Gesundheitsleistungen im Wesentlichen als Versicherungsleistung bezogen, und für den überwiegenden Teil der Bevölkerung bestimmt sich der Versicherungsanspruch unabhängig von der Zahlungsbereitschaft, sondern in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Wettbewerb als Leitbild im Gesundheitssystem bedeutet also, unter im marktwirtschaftlichen Sinne wettbewerbswidrigen Rahmenbedingungen einen dezentralen Suchmechanismus für optimale Organisationsformen der Gesundheitsversorgung zu fördern. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen soll Wettbewerb dazu beitragen, dass die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung möglichst effizient eingesetzt werden. Das Effizienzziel wird dabei in seiner Bedeutung häufig verkürzt auf Kostensenkung bzw. Ausgabendämpfung. Eine Effizienzsteigerung kann aber auch mit Mehrausgaben verbunden sein, wenn dadurch ein höherer Grad an Bedürfnisbefriedigung und Präferenzgerechtigkeit erreicht werden kann als in alternativen Verwendungsmöglichkeiten. Effizienzsteigerungen führen dagegen immer dann zur Kostensenkung, wenn technische oder organisatorische Möglichkeiten nicht konsequent genutzt werden und dadurch das Verhältnis von Ressourceneinsatz und Versorgungsergebnis niedriger ausfällt, als es unter realen Bedingungen sein könnte.

Wie die Ausführungen zur verfügbaren Evidenz von Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung gezeigt haben (vgl. Annex), ist der Nachweis eines

unter realen Bedingungen suboptimalen Ressourceneinsatzes in vielen Bereichen schwierig. Insbesondere mit zunehmendem Aggregationsgrad der Betrachtungsebene fällt es schwer, eindeutig technische und organisatorische Möglichkeiten für Effizienzsteigerungen zu identifizieren. Ziel des Wettbewerbs ist es, durch Dezentralisierung von Entscheidungen verfügbare Informationen über diese Möglichkeiten umfassender zu nutzen, als es bei zentralisierter Organisation oder durch staatliche Regulierung geschehen kann. Zu diesem Zweck sind Anreize für alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zu schaffen, ihr spezifisches Wissen effizienzsteigernd in Produktions- und Leistungsprozesse einzubringen. Die Existenz ausreichend großer Entscheidungsspielräume auf dezentraler Ebene ist hierfür eine notwendige, aber noch nicht hinreichende Bedingung. Erforderlich ist zusätzlich auch, die Regeln des Wettbewerbs so zu gestalten, dass Lösungen mit größerem Effizienzpotential Aussicht auf höhere Honorierungen haben.

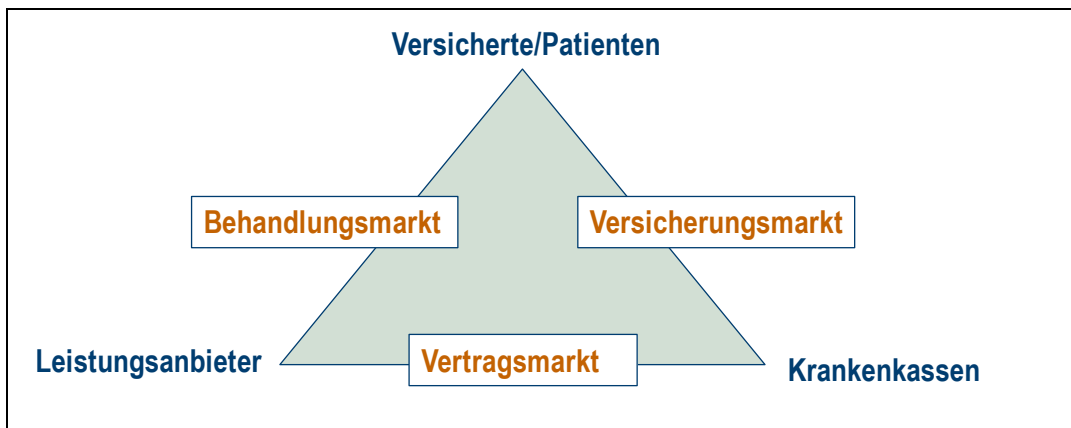
Zu den an sich wettbewerbswidrigen Rahmenbedingungen zählt die auf Gesundheitsmärkten dominierende Aufspaltung der Nachfrage in die Leistungsanspruchnahme durch Versicherte bzw. Patienten einerseits und der Zahlung für diese Leistungsanspruchnahme durch die Krankenkassen andererseits. In der GKV wird diese Aufspaltung durch das Sachleistungsprinzip in besonderer Weise akzentuiert, weil es eine nahezu vollständig unentgeltliche Inanspruchnahme ermöglicht, denn die Versicherten haben Anspruch auf Erstattungen, ohne Vorauszahlungen leisten zu müssen. Die Aufspaltung der Nachfrage in der Gesundheitsversorgung führt dazu, dass Angebot und Nachfrage auf drei verschiedenen Märkten zu koordinieren sind. Entsprechend sind auch drei verschiedene Wettbewerbsfelder zu unterscheiden, auf denen jeweils unterschiedliche, teilweise wettbewerbswidrige Rahmenbedingungen bestehen (Abbildung 2).

- Auf dem Behandlungsmarkt konkurrieren die Anbieter von Gesundheitsleistungen um Patienten, die zwischen Ärzten und Krankenhäusern faktisch frei wählen können. Da aber für einen großen Teil der Gesundheitsleistungen in der GKV keine unmittelbaren (entgeltlichen) Vertragsbeziehungen zwischen den Anbietern und den Patienten bestehen, geht es den Leistungsanbietern primär darum, über die Gewinnung von Patienten Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen zu erhalten. Der Behandlungsmarkt ist durch ausgeprägte, beidseitige Informationsasymmetrien gekennzeichnet, die Qualitätsunsicherheit verursachen und Ineffizienzen begünstigen.
- Auf dem Versicherungsmarkt konkurrieren Krankenkassen um Versicherungsnehmer. Versicherungsmärkte sind ebenfalls durch Informationsasymmetrien bezüglich der Versicherungsrisiken gekenn-

zeichnet. Hieraus entstehen die versicherungsökonomischen Probleme der adversen Selektion und des moralischen Risikos, die zu einer gravierenden Destabilisierung der Märkte führen können. In der GKV werden diese Probleme durch weitreichende Markteingriffe eingedämmt, nämlich die Versicherungspflicht, einen Risikostrukturausgleich und zahlreiche Regulierungen auf dem Behandlungsmarkt.

- Auf dem Vertragsmarkt konkurrieren Krankenkassen und Leistungsanbieter untereinander und gegenseitig um Versorgungsverträge. Krankenkassen sind bemüht, unter den Leistungsanbietern Vertragspartner zu finden, mit denen sie ihre Versicherungsleistungen zu möglichst geringen Kosten und/oder hoher Qualität erbringen können. Leistungsanbieter konkurrieren um für sie möglichst günstige Vertragskonditionen mit Krankenkassen, insbesondere mit Blick auf die Vergütung.

Abbildung 2: Märkte und Wettbewerbsfelder in der Gesundheitsversorgung



Quelle: IGES

Die Aufspaltung der Nachfrage auf zwei Märkte – Behandlungsmarkt und Versicherungsmarkt – hat effizienzmindernde Wirkungen.⁶ Diese Aufspal-

⁶ Die aus dieser Aufspaltung resultierenden Probleme werden in den Wirtschaftswissenschaften im Rahmen der Prinzipal-Agent-Theorie (auch Vertretungstheorie) analysiert, die die Kooperation zwischen Wirtschaftssubjekten bei Vorliegen von Interessenkonflikten und Informationsasymmetrien zum Gegenstand hat. Ausgangspunkt ist die vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen dem schlechter informierten Vertretenem (Prinzipal) und dem besser informierten Vertreter (Agent). Prinzipal-Agenten-Beziehungen bestehen auf Gesundheitsmärkten mehrfach. Patienten bedienen sich als Prinzipale der Dienste der besser informierten ärztlichen Leistungsanbieter (Agenten). Bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen handeln

tung führt – verbunden mit den konkreten institutionellen Rahmenbedingungen in der GKV – dazu, dass sich Wahl- und Kaufentscheidungen nicht wie auf den meisten Märkten am Verhältnis von Kosten bzw. Preis zu Qualität orientieren:

- Auf dem Behandlungsmarkt gibt es zwar Qualitätsunterschiede, zwischen denen Patienten bei freier Anbieterwahl entscheiden können. Doch die mit ihrer Wahl verbundenen Kosten spüren die Patienten kaum.
- Nahezu spiegelbildlich verhielt es sich bislang auf dem Versicherungsmarkt: Die Versicherungsnehmer orientierten ihre freie Kassenwahl überwiegend an Preis- bzw. Beitragssatzunterschieden, während die Qualität des Versicherungsschutzes weitgehend gleichartig war.
- Auch auf dem Vertragsmarkt gab es bislang kaum eine gezielte Auswahl nach unterschiedlichen Kosten-Qualitäts-Verhältnissen. Die Kosten sind weitgehend über administrierte Preise (Vergütung nach EBM und DRG) vorgegeben. Über die Qualität wird i. d. R. in vorgelagerten Bereichen entschieden (z. B. Zulassung, Vertragsarztstatus, Aufnahme in Krankenhausplan).

Die zentrale Herausforderung für eine Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen besteht darin, die effizienzmindernden Wirkungen der Aufspaltung der Nachfrage zu minimieren. Um dies zu erreichen, können zwei prinzipielle Ansätze unterschieden werden:

- Konzentration auf den Behandlungsmarkt: Durch Kostentransparenz und finanzielle Anreize für Versicherte und Patienten, etwa in Form von spürbaren Selbstbeteiligungen im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips, soll die Souveränität der Nachfrager gegenüber den Leistungsanbietern gestärkt werden. Letztere würden ihr Leistungsangebot weniger an den Erstattungskonditionen der Krankenkassen, sondern mehr an den Bedürfnissen der Patienten und Versicherten ausrichten. Von der stärkeren unmittelbaren finanziellen Beteiligung der Patienten wird erwartet, dass diese einen entscheidenden Beitrag zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung leisten kann. Patienten hätten größere Anreize, Informationsasymmetrien zu ihren Ungunsten abzubauen, also den Leistungsanbietern als informierte Patienten "auf Augenhöhe" gegenüberzutreten und hier-

Patienten gegenüber den Leistungserbringern als Agenten ihrer Krankenversicherung (Prinzipal). Bei direkten Vertragsbeziehungen sind Krankenkassen die Prinzipale der Leistungserbringer (Agenten). Und wenn Krankenversicherer Versorgungsverträge verhandeln, dann tun sie dies als Sachwalter (Agenten) ihrer Versicherten (Prinzipale).

für entsprechende Informationsangebote nachzufragen. Als Konsequenz würden sie ihre Leistungsanspruchnahme auf das optimale Maß begrenzen. Eine in diesem Sinne souveränere Rolle der Versicherten bzw. Patienten wäre zu flankieren durch freie Wahl der Leistungsanbieter sowie erweiterte Wahlmöglichkeiten in der Krankenversicherung.

- **Konzentration auf den Versicherungs- und den Vertragsmarkt:** Der alternative Ansatz gründet dagegen auf einer gewissen Skepsis gegenüber einer wirkungsvollen direkten Wirtschaftlichkeitskontrolle des Leistungsangebots durch die Patienten. Die effizienzmindernde Wirkung der Informationsasymmetrien auf dem Behandlungsmarkt werden als gravierend eingeschätzt. Die Nachfragesouveränität der Versicherten und Patienten sollte sich daher primär gegenüber den Krankenversicherern entfalten, die wiederum als Sachwalter ihrer Versicherten gegenüber den Leistungsanbietern auftreten. Dieser Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass Krankenversicherer besser als einzelne Versicherte in der Lage sind, das Problem der Informationsasymmetrien zugunsten der Leistungsanbieter zu bewältigen und dadurch auf die Effizienz von Gesundheitsleistungen hinzuwirken. Dieser Ansatz setzt zwei funktionsfähige Wettbewerbssysteme voraus: Der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt muss gewährleisten, dass Krankenkassen effektive Anreize haben, ihre Sachwalterfunktion gegenüber ihren Versicherten zu erfüllen; der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt eröffnet den Krankenkassen die hierfür erforderlichen Möglichkeiten und Instrumente.

In der Gesundheitspolitik findet man i. d. R. Elemente von beiden Ansätzen. In den letzten Jahren waren aber zunehmend Bemühungen zu beobachten, gemäß dem zweiten Ansatz die Rolle der Krankenkassen in der Gesundheitsversorgung als "Scharnier" zwischen Versicherten bzw. Patienten einerseits und Leistungsanbietern andererseits zu stärken.

2.2 Stand der Wettbewerbsorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Schwerpunkt der jüngsten Gesundheitsreformen lag – entgegen der intensiven vorangegangenen Debatten über "Bürgerversicherung" und "Kopfpauschalen" – weniger auf den Finanzierungsgrundlagen der GKV, sondern mehr auf der Leistungsseite. Der Anspruch der Gesundheitsreformen war, wie es bereits der Titel des Reformgesetzes ausdrückt, eine Stärkung der Wettbewerbsprinzipien in der GKV. Während auf dem Versicherungsmarkt bereits seit mehreren Jahren ein etablierter Wettbewerb zwischen den Kassen existiert, auf den weiterführende Maßnahmen aufsetzen

konnten, gab es auf dem Vertragsmarkt bislang kaum Konkurrenz. Es dominieren kollektivvertragliche Vereinbarungen zur Organisation der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, die die Krankenkassen "gemeinsam und einheitlich" mit den Leistungsanbietern aushandeln.

Daher konzentrierten sich die jüngsten Reformbemühungen darauf, der Wettbewerbsorientierung auch auf dem Vertragsmarkt Nachdruck zu verleihen. Eine zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt weiterhin asymmetrische Wettbewerbsorientierung hätte dazu geführt, dass das im Kassenwettbewerb liegende Effizienzpotential nur rudimentär erschlossen würde. Die weitgehende Ausklammerung des Vertragsmarktes vom Wettbewerb führt dazu, dass sich der Kassenwettbewerb überwiegend nur auf einen kleinen Teil des Leistungsgeschehens, vor allem Verwaltungskosten und Satzungsleistungen, beschränkt, aber auf die wesentlichen Gesundheitsleistungen kaum Einfluss hat.

Die Bemühungen der Gesundheitspolitik, wettbewerbliche Organisationsprinzipien auch auf dem Vertragsmarkt zu implementieren, setzten bereits kurz nach Einführung der Kassenwahlfreiheit ein. Vor der Bewertung der jüngsten Reformmaßnahmen werden diese daher zunächst in den Kontext vorangegangener Reformen eingeordnet, die sich auf den Vertragsmarkt bezogen.

2.2.1 Reformen zur Wettbewerbsstärkung vor dem Jahr 2007

Bereits mit dem GKV-Neuordnungsgesetz 1997 wurden auf dem Vertragsmarkt erstmals Möglichkeiten für selektive Vereinbarungen geschaffen. Mit den sogenannten Strukturverträgen (§ 73a SGB V) und Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) sollten Krankenkassen neue organisatorische Versorgungsformen inklusive neuer Vergütungsformen erproben können mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und die Versorgungsqualität zu steigern. Beide Möglichkeiten wurden u. a. zur Förderung von Praxisnetzen genutzt.

- Strukturverträge sind Bestandteil der Kollektivverträge (Gesamtverträge) und unterliegen damit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vergütung der im Rahmen der Strukturverträge erbrachten Leistungen ist Teil der Gesamtvergütung. Einzelne Krankenkassen oder ihre Verbände schließen Strukturverträge üblicherweise mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Verbreitet waren bisher z. B. Strukturverträge über das ambulante Operieren. Angesichts ihrer Bindung an die Gesamtverträge und der festen Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen stellen Struk-

turverträge keine Selektivverträge im Sinne einer Wettbewerbsorientierung dar.

- Modellvorhaben sind auf maximal acht Jahre zeitlich befristet und müssen von den jeweiligen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen genehmigt werden. Für sie ist eine wissenschaftliche Evaluation verpflichtend, deren Ergebnisse einer Entscheidung darüber zugrunde gelegt werden, ob die erprobten Leistungen zu GKV-Regelleistungen werden sollen.⁷ Modellvorhaben können, müssen aber nicht mit Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Auch sind sie nicht Teil der Gesamtverträge, und die Vergütung in diesen Modellen ist nicht Teil der Gesamtvergütung. Allerdings bedurften die Modellvorhaben zumindest anfangs einer Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem gibt es im Gesetz eine nur unspezifische Vorgabe zur Budgetbereinigung, die nicht in die Praxis umgesetzt wurde, die Vergütung mussten die Krankenkassen bislang als zusätzlich („add on“) leisten. Daher gab es unter finanziellen Gesichtspunkten nur geringe Anreize für Krankenkassen, Modellvorhaben zu initiieren.

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die Integrierte Versorgung (IV) als Bestandteil der Regelversorgung eingeführt (§§ 140a-d SGB V). Integrierte Versorgungsformen zielen auf eine umfassend patientenorientierte und damit interdisziplinäre Versorgung ab, die über die herkömmlichen Sektorgrenzen hinweg organisiert wird. Teilweise wurden hierzu auch schon mit den Strukturverträgen und Modellvorhaben Ansätze entwickelt. Mit der Reform sollten explizite gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, auf denen unterschiedliche Leistungserbringer fach- und sektorübergreifend kooperieren können. Ein Novum in wettbewerblicher Hinsicht war die ausdrückliche Zielsetzung, die IV außerhalb der Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen stattfinden zu lassen, speziell auch bezüglich der Vergütung.

Die Entwicklung der IV blieb jedoch zunächst deutlich hinter den Erwartungen zurück. Ursache hierfür war, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Rahmenvereinba-

⁷ Ein Beispiel ist das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse zur Akupunktur in den Jahren 2001 bis 2005. Die wissenschaftliche Auswertung ergab, dass Akupunktur bei Rücken- und Knieschmerzen zu deutlich besseren Ergebnissen führt als die Standardtherapie, dagegen waren bei Kopfschmerzen keine erheblichen Unterschiede feststellbar. Obwohl das Verfahren sogar höhere Kosten als die Standardtherapie verursacht, wird auf der Grundlage dieses Modellversuchs Akupunktur bei Rücken- und Knieschmerzen mittlerweile als Regelleistung von den Krankenkassen erstattet. (vgl. GBA 2006)

rung für die IV abschließen mussten. Diese Rahmenvereinbarung sah u. a. für Fälle vor, in denen eine Kassenärztlichen Vereinigung nicht selbst Vertragspartner war, dass ihr „der beabsichtigte Vertrag zur integrierten Versorgung oder wesentliche Vertragsänderungen zum Zwecke der Benehmensherstellung zuzuleiten“ waren.⁸ Sobald Kassenärztliche Vereinigungen die Bestimmungen der Rahmenvereinbarung verletzt sahen, konnten sie ein Schlichtungsverfahren einleiten. Damit hatten sie faktisch eine Veto-Position. Umstritten war darüber hinaus ein Beitrittsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen zum IV-Vertrag nach drei Jahren Laufzeit.⁹ Schließlich kam es auch bei den IV-Verträgen zu keiner Budgetbereinigung, obwohl die Rahmenvereinbarung hierfür eine Verfahrensbeschreibung enthielt. Dass dieses Verfahren keine Anwendung fand, dürfte nicht nur an seiner mangelnden Praktikabilität gelegen haben, sondern auch an den zuvor genannten wettbewerbswidrigen Rahmenbedingungen für IV-Verträge.

Der Durchbruch für die IV-Verträge gelang erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das mit Beginn des Jahres 2004 in Kraft trat. Das Gesetz löste die IV-Verträge von der Pflicht zu einer Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, so dass die Krankenkassen nun Direktverträge mit einzelnen Vertrags(zahn)ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und medizinischen Versorgungszentren ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen schließen können. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde mit Bezug auf die IV-Verträge eingeschränkt. Das Problem der Budgetbereinigung wurde in Form einer sogenannten Anschubfinanzierung umgangen, die einen pauschalen Abzug von bis zu 1 % der Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung zur Finanzierung von IV-Angeboten vorsah. Nach Verlängerung galt die Anschubfinanzierung bis Jahresende 2008. Darüber hinaus können die Krankenkassen seitdem IV-Verträge auch mit Managementgesellschaften von Leistungserbringern abschließen. Schließlich wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität – ebenfalls nach Verlängerung – bis Jahresende 2008 auf IV-Verträge nicht angewandt.

⁸ Vgl. § 13 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140d SGB V; Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 49 vom 8. Dezember 2000, S. A 3364 - A 3372.

⁹ Dieses Beitrittsrecht war in § 13 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung aufgenommen, aber versehen mit der Fußnote, dass hierzu keine Einigung erzielt werden konnte und aus diesem Grund das Bundesschiedsamt angerufen wurde. Der Schiedsspruch vom Januar 2002 enthielt allerdings hierzu kein klares Votum (vgl. DKG 2002, S. 45).

Durch das GMG wurde die IV deutlich aufgewertet. Der gesetzliche Rahmen gewährt den Beteiligten in der IV substanzielle Gestaltungsspielräume mit Blick auf Vertragsinhalte sowie Höhe und Form der Vergütung bis zur vollständigen oder teilweisen Übertragung von Budgetverantwortung. Insbesondere der Anschubfinanzierung wird zugeschrieben, dass es infolge des GMG zu einer Vielzahl von Vertragsabschlüssen für die IV gekommen ist. Bis zum 31.12.2008 wurden insgesamt 6.849 IV-Verträge abgeschlossen, auf deren Grundlage die Teilnahme von insgesamt 4.490.308 Versicherten und ein Vergütungsvolumen in Höhe von 944,4 Mio. Euro geplant waren.¹⁰

Mit dem GMG wurde weiterhin die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als eigenständige Form eines Selektivvertrags eingeführt (§ 73b SGB V). Allerdings beschränkte sich bis zur jüngsten Reform der vertragliche Freiraum der Krankenkassen im Wesentlichen auf die Auswahl der Vertragspartner, während zentrale Wettbewerbsparameter wie Vergütung und Qualität kollektivvertraglichen Vorgaben unterlagen.¹¹ Daher waren die Angebote zur HZV weitgehend ähnlich. Die Vergütung zahlten die Krankenkassen i. d. R. zusätzlich („add on“) zu den Gesamtvergütungen in der Regelversorgung. Spielräume und Anreize zur Erschließung von Effizienzreserven waren somit eingeschränkt (vgl. Cassel et al. 2008: S. 78 f.). Dies spiegelt sich auch in den ersten Evaluationsergebnissen zur hausarztzentrierten Versorgung, die überwiegend ernüchternd ausfielen.¹²

Das GMG schuf außerdem Möglichkeiten für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung in Kliniken (§ 116b SGB V), die entweder im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen steht oder sich auf hochspezialisierte Leistungen beschränkt, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben wurden. Die möglichen Vertragsinhalte waren somit begrenzt. Dagegen konnten Höhe und Form der Vergütung frei vereinbart werden. Allerdings erwiesen sich auch hier eine fehlende Budgetbereinigung und das nachvollziehbar geringe Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen an einer Be-

¹⁰ Quelle: Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (www.bqs-register140d.de/dokumente/20081231.pdf). Gemeldet wurden nur diejenigen Verträge, für die die Anschubfinanzierung in Anspruch genommen wurde.

¹¹ In der vorigen Fassung des § 73b SGB V hieß es (Abs. 3): "In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung...zu vereinbaren. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie diese hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist...".

¹² Vgl. z. B. AQUA-Institut (2008), Bertelsmann Stiftung (2007), Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a).

reinigung als zentrale Hemmnisse. Auch die Krankenkassen vermieden Selektivverträge mit Krankenhäusern über ambulante Behandlungen mit hochspezialisierten Leistungen, um nicht hohe Risiken zu attrahieren.

Schließlich wurde mit dem GMG ein erster grundlegender Schritt zur Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung unternommen. Das Gesetz regelt die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung. Bei den MVZ handelt es sich um eine neue, fachübergreifend-interdisziplinär ausgerichtete Versorgungsform, in der ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufe zusammenarbeiten können. Für die MVZ wurden einige grundsätzliche Restriktionen für Leistungsanbieter in der ambulanten Versorgung aufgehoben. So dürfen MVZ Ärzte als Angestellte beschäftigen (bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses), verstärkt flexible Arbeitsformen anbieten (Teilzeitmodelle), externe Investoren als Gesellschafter beteiligen und sowohl regional als auch überregional als Gesellschaft auftreten.¹³

Die Möglichkeit für Krankenkassen, Arzneimittelrabattverträge abzuschließen, gibt es bereits seit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) aus dem Jahr 2002 (§ 130a Abs. 8 SGB V). Da sich aber die Krankenkassen nicht in der Lage sahen, gegenüber den Arzneimittelherstellern verlässlichen Zusagen über Absatzmengen zu machen, spielten die Arzneimittelrabattverträge außerhalb der IV praktisch keine Rolle. Hieran änderte auch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) aus dem Jahr 2006, das Beteiligungen Dritter am Abschluss von Rabattverträgen ermöglichte, nichts Wesentliches.

Insgesamt wurden seit der Einführung des Kassenwettbewerbs und vor den jüngsten Reformen überwiegend nur zaghafte Schritte unternommen, um auch auf dem Vertragsmarkt mehr Wettbewerb zu initiieren. Erst das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) brachte ab dem Jahr 2004 einen spürbaren Impuls für die Wettbewerbsorientierung auf dem Vertragsmarkt. Das GMG konnte dabei auch auf den teilweise ernüchternden Erfahrungen der Vorgänger-Reformen aufsetzen. Dass die Erwartungen nicht erfüllt wurden, lag insbesondere an einer noch zu starken Verankerung neuer Vertrags- und Versorgungsformen im kollektivvertraglichen System¹⁴ sowie an den Problemen, die Bereinigung kollektiver Vergütungsbudgets adäquat und prakti-

¹³ Zur Verbreitung der MVZ vgl. Annex, Kapitel 8.5, insbesondere Abb. 25.

¹⁴ Nach Cassel et al. (2008, S. 102) führte dies zu einem "bunten Strauß von Partikularlösungen" und letztlich zu Wettbewerbsbehinderung, weil es sich um disparate Vertragstypen handelt, deren Entwicklung und Administration den Kassen und Leistungserbringern unnötigen Verwaltungsaufwand beschert.

kabel zu bewerkstelligen. Letzteres führte dazu, dass die Nutzung der meisten Handlungsoptionen zusätzliche Finanzierungsmittel erforderte ("add on") und nicht – im Sinne des Wettbewerbs – auch durch Umschichtungen vorhandener Ressourcen finanziert werden konnte. Von allen neu eingeführten Organisationsoptionen wurde lediglich von IV-Verträgen im nennenswerten Ausmaß Gebrauch gemacht, weil es für sie erstens keine unmittelbaren Anknüpfungsmöglichkeiten an vorhandene und sektoral ausgerichtete kollektivvertragliche Regelungen gab und zweitens die Bereinigungsproblematik durch die mit dem GMG beschlossene Anschubfinanzierung umgangen wurde.

2.2.2 Zielsetzung und Ansatzpunkte der Gesundheitsreform 2007

Die Steigerung der Effizienz des Ressourceneinsatzes stand im Mittelpunkt der Gesundheitsreform 2007. In der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG wird dieses Effizienzziel damit erklärt, dass das deutsche Gesundheitswesen zwar im internationalen Vergleich leistungsfähig sei, aber dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt würden. Angesichts eines absehbaren zusätzlichen Finanzbedarfs im Gesundheitswesen wird eine Reform der Einnahmeseite als notwendig betrachtet, diese "muss aber verbunden sein mit einer Reform der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden." Die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und auf Seiten der Leistungserbringer stellt für den Gesetzgeber den Schlüssel dar, um dieses Ziel zu erreichen. (BT-Drs. 16/3100 S. 1 f.) Damit bekennt sich die Gesundheitspolitik implizit, aber eindeutig zur Konzentration auf den Versicherungs- und Vertragsmarkt als primären Ansatz der Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 2.1).

Weniger eindeutig ist das Effizienzverständnis, das den jüngsten Reformschritten zugrunde liegt. Formulierungen in der Gesetzesbegründung wie "wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen", "möglichst kostengünstige Versorgung" und "Angebot von Kosten sparenden Tarifen" spiegeln den Aspekt der Kostensenkung bzw. Ausgabendämpfung, auf den das Verständnis von Effizienzsteigerung in der öffentlichen Diskussion häufig beschränkt wird (vgl. Kapitel 2.1). Wettbewerb würde sich demgemäß primär an einem unvollständigen und rein statischen Effizienzbegriff orientieren. Im Sinne eines verkürzten Effizienzverständnisses ist auch die sprachliche Separierung von "Qualitäts- und Effizienzsteigerung" zu interpretieren. Qualität ist aber Bestandteil jeder Effizienzbetrachtung, sobald sie aus Sicht der Nachfrager irgendeine Relevanz hat. Daneben finden sich in der Gesetzesbegründung auch Zielgrößen wie "größere Vertragsfreiheiten" und "mehr innovative Angebote der Kassen", die auf die dynamische und er-

gebnisoffene Dimension des Effizienzbegriffs hindeuten. Damit wird implizit die Such- und Entdeckungsfunktion des Wettbewerbs auf der Basis dezentraler Entscheidungs- und Steuerungsprozesse angesprochen.

Die Maßnahmen der jüngsten Gesundheitsreform lassen sich vor diesem Hintergrund in unterschiedlicher Weise den einzelnen Effizienzaspekten zuordnen. Primär im Sinne der statischen Effizienz sind die finanzierungs- und vergütungsrelevanten Reformschritte zu werten: Der einheitliche Beitragssatz, die einheitlichen Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich sowie die vereinheitlichten Preisniveaus (Punktwert, Basisfallwert) in der Vergütung von Behandlungsleistungen sollen den Kosten(senkungs)wettbewerb intensivieren bzw. dazu führen, dass bei gegebenen Ressourcen das Maximum an Qualität erreicht wird (siehe hierzu auch im Folgenden Kapitel 3.1). Die erweiterten bzw. verbesserten Möglichkeiten der Krankenkassen, selektive Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern zu schließen, sind dagegen eher im Sinne der dynamischen Effizienz zu deuten. Die Krankenkassen sollen diese Möglichkeiten nutzen, um neue Versorgungsformen zu konzipieren und zu erproben. Allerdings gab es, wie im Folgenden dargestellt wird, bereits erste Korrekturen an der Reform, die das Potential dynamischer Effizienz sowie die Such- und Entdeckungsfunktion des Wettbewerbs wieder einschränken.

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurden grundlegende Schritte mit dem Ziel unternommen, den Wettbewerb sowohl auf dem Versicherungs- als auch auf dem Vertragsmarkt zu stärken.

Im Mittelpunkt der Reformen mit Wirkung auf den Versicherungsmarkt steht die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009. Seitdem können die Kassen ihren Beitragssatz nicht mehr individuell festsetzen, statt dessen gilt ein einheitlicher Beitragssatz. Diese Umstellung wurde vielfach als nicht wettbewerbsstärkend, sondern – im Gegenteil – geradezu wettbewerbsfeindlich kritisiert. Mit der Reform wird allerdings der Preiswettbewerb auf dem Versicherungsmarkt nicht ausgeschaltet. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, müssen individuelle (pauschale oder prozentuale) Zusatzbeiträge erheben,¹⁵ und Krankenkassen, die aus den Fondszuweisungen Überschüsse erzielen, können an ihre Mitglieder Prämien auszahlen. In dieser Umstellung der Beitragsfinanzierung steckt Potential, den (Preis-)Wettbewerb zwischen den Kassen zu intensivieren. Insoweit Zusatzbeiträge und Prämien einkommensunabhängig bemessen werden, erhöhen sich nicht nur Preistransparenz

¹⁵ Die Zusatzbeiträge dürfen aber in ihrer Höhe 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds nicht übersteigen (sog. Überforderungsklausel gemäß § 242 Abs. 1 SGB V).

und Vergleichbarkeit, sondern – und das ist noch gewichtiger – es verstärken sich auch die Wechselanreize für einkommensschwache und daher besonders preissensitive Versichertengruppen, die im Wettbewerb bislang gemieden wurden (vgl. Rürup & Albrecht 2008: S. 133). In dieselbe Richtung wirkt, dass Zusatzbeiträge und Prämien ohne paritätische Teilung mit Arbeitgebern oder anderen Zuschussgebern (z. B. gesetzliche Rentenversicherung) gezahlt werden und damit in jedem Fall vollständig für Beitragszahler spürbar werden.

Allerdings ist ebenfalls möglich, dass sich der Wettbewerbseffekt der neuen Form der Beitragsfinanzierung primär in Anstrengungen der Kassen äußert, Zusatzbeiträge zu vermeiden.¹⁶ Preiswettbewerb kann dann immer noch über unterschiedlich hohe Prämienauszahlungen an Versicherte stattfinden. Insoweit aber weder von Zusatzbeiträgen noch von Prämienauszahlungen Gebrauch gemacht wird, äußern sich die Wirtschaftlichkeitsanreize des Kassenwettbewerbs vor allem in Kostensenkungen mit dem Ziel, aus den Fondszuweisungen möglichst hohe Überschüsse zu erzielen. Diese können dann in Qualitätsverbesserungen (z. B. im Service), in zusätzliche freiwillige Kassenleistungen oder in den Aufbau von Versorgungsprogrammen im Rahmen von Selektivverträgen mit Leistungsanbietern investiert werden, um Marktanteile zu halten oder zu vergrößern. Im Vergleich zu solchen Zusatzangeboten sind allerdings unterschiedliche Prämienzahlungen, die faktisch Beitragssenkungen entsprechen, für Versicherte i. d. R. einfacher als Unterscheidungsmerkmal von Kassen zu erkennen bzw. zu beurteilen. Darüber hinaus entstehen stärkere Effizienzanreize für Manager von Krankenkassen, wenn wettbewerblicher Druck besteht, erzielte Überschüsse in Form von Beitragssenkungen (bzw. Prämienzahlungen) an die Kassenmitglieder auszuschütten.¹⁷

Bestandteil der Einführung des Gesundheitsfonds war die Umstellung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen auf eine stär-

¹⁶ So auch die Gesetzesbegründung zum GKV-WSG: "Die Krankenkassen werden zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages verstärkte Anstrengungen entwickeln, wirtschaftlich und effizient zu handeln." (BT-Drs. 16/3100: S. 163)

¹⁷ Nach der „Free Cash Flow Hypothese“ von Jensen (1986) neigen Manager dazu, liquide Mittel auch dann in das Unternehmen zu investieren, wenn keine vorteilhaften Projekte vorhanden sind. Sie erhöhen dadurch auf Kosten der Nachfrager oder Kapitalgeber ihren Nutzen. Beispiele für solche Fehlinvestitionen sind Diversifizierungen oder Unternehmenskäufe, die jeweils positiv für das Management sind, den Unternehmenswert aber verringern. Bei Krankenkassen als öffentliche Unternehmen kann die Tendenz zu einem solchen Verhalten noch dadurch verstärkt werden, dass bei diesen tendenziell eine weniger intensives Monitoring durch die Eigentümer erfolgt (vgl. allgemein Martimort 2006).

kere Morbiditätsorientierung. Die bereits bislang verwandten indirekten Morbiditätsmerkmale (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung) wurden ergänzt durch direkt morbiditätsbezogene Merkmale (Diagnosen, Therapien). Grundsätzlich ist eine solche Umstellung ökonomisch sinnvoll, um Risiko-selektionsanreize der Kassen zu vermindern. In der Umsetzung ist die gesetzlich vorgegebene Begrenzung auf 80 zu berücksichtigende Krankheiten umstritten. Mit der Umstellung auf direkte Morbiditätsmaße wurde gleichzeitig der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen vervollständigt. Hierdurch wurden die im alten RSA vorhandenen Anreize zur Selektion von Beziehern hoher Einkommen beseitigt. Insgesamt leistet die Reform des RSA einen wichtigen konzeptionellen Schritt zu einem selektionsfreien und damit marktstabilen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, die sich in der Praxis allerdings noch bewähren muss (vgl. ausführlich SVR 2008: S. 390 ff.). Anpassungen könnten zukünftig insbesondere mit Blick auf zwei Entwicklungen notwendig werden: erstens eine sinkende Ausgabendeckungsquote des Gesundheitsfonds, da für die nicht gedeckten Ausgaben weder ein Finanzkraft- noch ein Morbiditätsausgleich vorgesehen ist; zweitens eine Zunahme neuartiger Möglichkeiten für die Kassen, im Rahmen selektivvertraglich organisierter Versorgung Risikoselektion zu betreiben.

Zusätzliche wettbewerbliche Freiräume auf dem Versicherungsmarkt sind dadurch entstanden, dass mit dem GKV-WSG die Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen geschaffen wurde (neuer § 171a SGB V). Der Gesetzgeber erwartet von dieser Neuregelung, dass mit ihr das Potential für Zusammenschlüsse der Kassen zu größeren Einheiten weitergehend genutzt wird. Die Vielzahl kleiner und sehr kleiner Krankenkassen hält er für nicht dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähig, um die wachsenden Anforderungen an Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung zu bewältigen, die sich etwa im Zusammenhang mit dem Angebot von Hausarztтарифen oder integrierter Versorgungsformen ergeben (BT-Drs. 16/3100, S. 155 f.). Das Risiko, dass sich durch stärkere Fusionsaktivitäten unter den Kassen wettbewerbsschädliche Monopole bilden, hält der Gesetzgeber für gering und verweist auf die Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt (vgl. hierzu auch Kapitel 5). Aus der Gesetzesbegründung wird ersichtlich, dass die Intention des § 171a SGB V nicht primär die Stärkung des Kassenwettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt ist, sondern die Schaffung von Nachfrage- bzw. Einkaufsmacht der Krankenkassen auf dem Vertragsmarkt. Hierfür spricht auch, dass sich empirisch ein systematischer Vorteil großer Kassen bei den Verwaltungskosten bislang nicht belegen ließ.¹⁸

¹⁸ Vgl. hierzu Rürup (2006): "Mit den Daten der GKV-Statistik lässt sich die Annahme, dass große Kassen kostengünstiger arbeiten als kleine, nicht belegen. Die vorlie-

Ein Schwerpunkt der auf Wettbewerbsstärkung gerichteten Reformmaßnahmen lag auf dem Vertragsmarkt. Zwar wurden mit der Gesundheitsreform 2007 wichtige Weichenstellungen in Richtung Einzelvertragswettbewerb gestellt; allerdings wurden überwiegend keine völlig neuen vertragswettbewerblichen Ansätze eingeführt, sondern im Wesentlichen bereits bestehende Optionen modifiziert. Ziel des GKV-WSG war es, kollektivvertragliche Kontrahierungsverpflichtungen zu lockern, um dadurch größere Vertragsfreiheiten der Kassen in der ambulanten Versorgung zu schaffen, den Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung zu intensivieren sowie mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu erreichen.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden mit dem GKV-WSG insbesondere an drei Stellen Fortschritte in der Wettbewerbsorientierung erzielt:

- Selektive Vereinbarungen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V wurden von der Kopplung an kollektivvertragliche Vorgaben zur Vergütung gelöst.
- Mit der Neufassung des § 73c SGB V wurde eine neue selektive Vertragsform für „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ eingeführt. Gegenstand eines solchen Vertrages können sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung sein.
- Das Gesetz verpflichtet die Partner der Gesamtverträge – also Kassenärztliche Vereinigungen auf der einen Seite und Landesverbände der Krankenkassen sowie Ersatzkassen auf der anderen Seite – zur Bereinigung der Gesamtvergütungen um solche Leistungsbereiche, die aus der vertragsärztlich organisierten Versorgung in die selektivvertraglich organisierte übergehen. Diese Verpflichtung bezieht sich sowohl auf § 73b- als auch auf § 73c-Verträge.

Aus heutiger Sicht fällt die Bilanz der Wettbewerbsstärkung durch diese drei Reformelemente allerdings gemischt aus.

Der für Selektivverträge zur hausärztlichen Versorgung neu geschaffene wettbewerbliche Handlungsspielraum wird dadurch konterkariert, dass die Krankenkassen zum Angebot dieser Versorgungsform verpflichtet sind. Dies steht im elementaren Widerspruch zur Leitidee, Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt als ergebnisoffenen Prozess der Suche nach optimalen Ver-

genden Daten legen sogar eher den umgekehrten Schluss nahe, nämlich den, dass Kassen der GKV mit zunehmender Größe eher kostengünstiger arbeiten. Gleichwohl gibt es gute Gründe für Kassenfusionen, so zum Beispiel die dadurch verbesserten Möglichkeiten, integrierte Versorgungsnetze zu knüpfen oder durch Marktgröße effektiver als Vertragspartner agieren zu können."

sorgungsformen zu fördern. Die Notwendigkeit eines solchen wettbewerblichen Suchprozesses liegt ja gerade darin begründet, dass es bislang keine belastbaren empirischen Erkenntnisse darüber gibt, inwieweit und in welcher konkreten Ausgestaltung hausarztzentrierte Versorgung zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beitragen kann. Die in diesem Sinne kontraproduktive Wirkung der Pflicht zum Angebot wurde zusätzlich noch durch neue, weitreichende Vorgaben zur inhaltlichen Gestaltung der Verträge verstärkt (z. B. mit Blick auf Arzneimitteltherapie und Qualitätsmanagement in Arztpraxen). Durch die jüngsten Abänderungen des § 73b SGB V durch das GKV-OrgWG (Ultimatum für Vertragsabschluss, Quasi-Monopol für Hausarztverbände¹⁹) wurde der Ansatz wettbewerblicher Selektivverträge für hausarztzentrierte Versorgung weitgehend pervertiert²⁰ (siehe hierzu ausführlich Kapitel 4). Mit Blick auf die Wettbewerbsstärkung ist man bei den Selektivverträgen für die hausarztzentrierte Versorgung also wieder fast bei Null angelangt. Die Chance, das wettbewerbliche Potential, das in der Herauslösung aus dem kollektivvertraglichen Rahmen durch das GKV-WSG lag, zu nutzen, wurde damit zunächst vertan.

Der erste Hausarztvertrag auf neuer Grundlage, d. h. mit Budgetbereinigung, wurde im Mai 2008 zwischen der AOK-Baden Württemberg, Hausärzterverband und dem MEDI Verbund geschlossen (und als erster seiner Art als „Eisbrechervertrag“ bezeichnet). Ein weiterer Hausarztvertrag wurde zwischen der AOK Bayern und dem dortigen Hausärzterverband mit Start 1.4.2009 vereinbart. Mit Abweichungen in Details steht bei beiden Verträgen eine durch die Höhe und die Vereinfachung der Abrechnungssystematik attraktivere Honorierung der Hausärzte im Vordergrund, die im Wesentlichen durch eine geringe Anzahl von Pauschalen und den vollständigen oder teilweisen Verzicht auf Fallzahlbegrenzungen gekennzeichnet ist. Als Gegenleistung stellen die Krankenkassen – über die bereits gesetzlich gemachten Vorgaben hinaus – Anforderungen an die technische Ausstattung der Praxen bzw. die IT-Standards und verpflichten die teilnehmenden Ärzte zur „Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen“. Tatsächlich sollen die höheren Ärztevergütungen maßgeblich durch Einsparungen in der

¹⁹ In der Beschlussempfehlung zum GKV-OrgWG heißt es dazu: "Die Krankenkassen werden verpflichtet, Vertragsverhandlungen in erster Linie mit diesen Gemeinschaften (*gemeint sind Gemeinschaften von Hausärzten - Anm. d. Verf.*) aufzunehmen..." (BT-Drs. 16/10609, S. 68).

²⁰ Der Deutsche Hausärzterverband strebt bereits eine für alle regionalen und bundeseinheitlichen Hausarztverträge einheitliche Honorarsystematik an (Ärzte-Zeitung vom 04.03.2009, S. 6).

Arzneimittelversorgung finanziert werden. Die Patienten sollen vor allem durch Zusagen über bessere Bedingungen bei Sprechstundenzeiten und Terminvergabe zur Teilnahme gewonnen werden. Finanzielle Anreize, wie der in der Vergangenheit häufig praktizierte Erlass der Praxisgebühr, sind nur noch teilweise vorgesehen.

Gegenüber den § 73b-Verträgen fällt der gesetzliche Rahmen für Selektivverträge nach § 73c deutlich stärker wettbewerbsorientiert aus. Die Krankenkassen unterliegen hier keiner Angebotspflicht, und sie können sich ihre Verhandlungs- und Vertragspartner unter den Leistungserbringern frei wählen. Die Gestaltungsspielräume für die Vertragsinhalte sind vergleichsweise groß. Obwohl mit diesen Verträgen auch Vereinbarungen über die gesamte ambulante ärztliche Versorgung getroffen werden können, wird § 73c vornehmlich als Selektivvertragsoption für einzelne Facharzttrichtungen diskutiert. Verhandlung und Abschluss entsprechender Verträge hinken trotz der größeren wettbewerblichen Spielräume der Entwicklung im hausärztlichen Bereich hinterher. Anfang des Jahres 2009 wurde nun der erste "§ 73c-Vollvertrag" von der AOK in Baden-Württemberg ausgeschrieben, auf seiner Grundlage soll die selektivvertraglich organisierte Versorgung zur Jahresmitte beginnen (Heyer 2009). Der Vertrag wird als "Testlauf" gesehen, um schrittweise allen Fachgruppen in diesem Bundesland die Option einer selektivvertraglich organisierten Versorgung nach § 73c zu eröffnen. Bemerkenswert ist die enge Anbindung des § 73c-Vertrags an den Selektivvertrag zur hausärztlichen Versorgung derselben Krankenkasse. Er ist beschränkt auf die kardiologische Versorgung jener Patienten, die auch am Hausarztprogramm der Kasse teilnehmen. Auch die inhaltliche Gestaltung sowie die Vergütung sind eng an den § 73b-Vertrag angelehnt.

Mit der Bereinigung der Gesamtvergütungen sowohl bei § 73b- als auch bei § 73c-Verträgen soll erreicht werden, dass Selektivverträge über einen reinen „add on“-Status hinaus substanzielle Versorgungselemente enthalten können, ohne dass dies mit Doppelfinanzierungen verbunden wäre. Der Gesetzgeber erwartet „weitestgehend exakte und sachgerechte Verfahren der Bereinigung“ (BT-Drs. 16/3100, S. 113). Pauschale Formen (wie die Anschubfinanzierung) oder summarische Datengrundlagen sind nicht vorgesehen. Der gesetzliche Nachdruck, Budgetbereinigungen im Zusammenhang mit Selektivverträgen durchzuführen, war überfällig, denn das Fehlen praktikabler bzw. konsentierter Bereinigungskonzepte hat sich als zentraler Hemmschuh für die Entwicklung der selektivvertraglichen Versorgung erwiesen. Allerdings werden im GKV-WSG bzw. in der Gesetzesbegründung nur recht grobe Anhaltspunkte gegeben, wie sachgerechte Bereinigungen durchzuführen sind (vgl. Albrecht et al. 2008). Der Erweiterte Bewertungsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses hat erst mit Jahresende 2008 erste Grundlagen für ein Bereinigungsverfahren beschlossen, das im-

mer dann Anwendung finden soll, wenn Krankenkasse und Kassenärztliche Vereinigung nicht eine individuelle Vereinbarung zur Bereinigung treffen (so wie es für den Hausarztvertrag in Baden-Württemberg geschah).

Für Selektivverträge zur Integrierten Versorgung hat das GKV-WSG wenig praxisrelevante Veränderungen gebracht. Entscheidende Weichenstellungen wurden für diese Verträge bereits mit dem GMG vollzogen (vgl. Kapitel 2.2.1). Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Anschubfinanzierung um zwei Jahre (bis Ende 2008) verlängert. Trotz der Beendigung der Anschubfinanzierung ist die Zahl der IV-Verträge im dritten Quartal 2008 nochmals gestiegen.²¹ Damit bilden die IV-Verträge nach wie vor den Schwerpunkt der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung. Das GKV-WSG brachte zwei Neuerungen. In § 140a SGB V wurde die Zielsetzung aufgenommen, dass in der integrierten Versorgung in erster Linie Verträge abgeschlossen werden sollen, die eine "bevölkerungsbezogenen Flächendeckung" ermöglichen. IV-Verträge sollen im Hinblick entweder auf die regionale Ausdehnung oder auf das abgedeckte Indikationsspektrum "groß" sein. Konkret bedeutet dies: Wenn nur eine Krankheit Gegenstand des IV-Vertrags ist, soll es eine versorgungsrelevante Volkskrankheit sein und eine größere Region abgedeckt werden; wenn sich der IV-Vertrag nur auf eine kleinere Region bezieht, soll er das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens abdecken. Da das Ziel der "bevölkerungsbezogenen Flächendeckung" im Gesetz lediglich als Soll-Vorschrift formuliert ist, dürfte es nur eine geringe Verbindlichkeit entfalten.²² Gemessen an dem Ziel der Wettbewerbsstärkung ist das positiv zu werten, denn das Ziel einer "Flächendeckung" schränkt den wettbewerblichen Suchprozess nach optimalen Versorgungsformen systematisch ein.²³ Die

²¹ Die Anzahl der registrierten IV-Verträge ist zwischen den Stichtagen 31.12.2007 und 31.12.2008 um 1.504 Verträge gestiegen (vgl. auch Abbildung 5). Allerdings ist die Anzahl der an der IV teilnehmenden Versicherten in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen von 5,96 Mio. (31.12.2007) auf 4,49 Mio. (31.12.2008). (vgl. www.bqs-register140d.de)

²² Im ursprünglichen Entwurf des GKV-WSG war vorgesehen, dass ausschließlich IV-Verträge Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen können, die das Kriterium der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung erfüllen. Im Verlauf der parlamentarischen Verhandlungen wurde jedoch beschlossen, auf diese Regelung zu verzichten.

²³ "Angesichts beträchtlicher regionaler Unterschiede in den Angebotsstrukturen...ist mit einer solchen Vorgabe stets die Gefahr einer Nivellierung auf niedrigem Niveau verbunden. Sollten sich zum Beispiel bestimmte Angebotsoptionen in ländlichen, dünn besiedelten Gebieten aus unterschiedlichen Gründen gar nicht realisieren lassen, darf dies kein Grund dafür sein, auf entsprechende Aktivitäten in Regionen mit

zweite Neuerung ist, dass Krankenkassen nun IV-Verträge auch mit Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen schließen können. Durch diese zusätzliche Option wird das Ziel der sektorübergreifenden Versorgungsorganisation in der IV betont. Angesichts der substanziellen institutionellen Unterschiede zwischen Kranken- und Pflegeversicherung besteht eine gewisse Skepsis, ob diese Neuerung mehr als rein symbolische Kraft entfalten kann (vgl. auch Cassel et al. 2008: S. 169).

Einen Rückschritt für die wettbewerbliche Ausrichtung der Gesundheitsversorgung stellt die Neuregelung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V) dar. Diese mit dem GMG geschaffene Selektivvertragsoption war nur "hälftig" wettbewerblich gestaltet, denn die möglichen Vertragsinhalte – hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen – sind per Gesetz festgelegt, und es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, diesen Katalog weiter zu entwickeln. Die Bewertung, ob eine Behandlung wirtschaftlicher im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis erbracht werden kann, soll nicht Gegenstand eines wettbewerblichen Suchprozesses sein, sondern obliegt explizit dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Das GMG öffnete zumindest einen wettbewerblichen Gestaltungsspielraum in der Art, dass Krankenkassen frei entscheiden konnten, ob sie mit Krankenhäusern Selektivverträge nach § 116b abschließen und welche Versorgungsinhalte sie hierfür aus dem gesetzlichen Katalog auswählen. Dass die Krankenkassen von dieser Option nur wenig Gebrauch machten, ist z. T. auf nachteilhafte Rahmenbedingungen zurückzuführen (vgl. Kapitel 2.2.1), von denen jedoch die wesentlichen – fehlende Budgetbereinigung und unzureichender Ausgleich von Morbiditätsrisiken durch den RSA – mit dem GKV-WSG zumindest perspektivisch entschärft wurden. Im Sinne einer konsequenten Wettbewerbsorientierung wäre gewesen, nun auch die "zweite Hälfte" der Vertragsgestaltung – nämlich die Gestaltung der Vertragsinhalte und die ihr zugrunde liegenden Bewertungen – perspektivisch zu dezentralisieren. Das GKV-WSG zielte aber in die entgegengesetzte Richtung und beseitigte den vorhandenen, ohnehin schon beschränkten wettbewerblichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen restlos. Der neuformulierte Absatz 2 sieht nun vor, dass die Bundesländer im Rahmen ihrer Krankenhausplanung bestimmen, ob und inwieweit ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung berechtigt ist.

In der Arzneimittelversorgung hat sich hingegen der Spielraum für Vertragswettbewerb merklich vergrößert. Die seit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) bzw. dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) möglichen Rabattverträge zwischen Krankenkassen

hoher Bevölkerungsdichte von vornherein zu verzichten." (Cassel et al. 2008: S. 168 f.)

und pharmazeutischen Unternehmen werden durch das GKV-WSG gefördert, indem Apotheken zur Abgabe rabattierter Arzneimittel verpflichtet sind (§ 129 Abs. 1 SGB V). Damit wurde eine Wirkungslücke geschlossen, denn ohne diese Regelung konnten Kassen keine Mengenzusagen gegenüber den Arzneimittelherstellern machen, die erforderlich sind, um Preiszugeständnisse zu erlangen. Die Krankenkassen erstatten zwar Arzneimittel nach bestimmten Regeln, aber auf die Auswahl der Arzneimittel hätten sie ohne diese Regelungen weit weniger Einfluss. Nur mit der Verpflichtung der Apotheker wäre der Einfluss der Kassen aber noch nicht lückenlos, denn Ärzte können im Rahmen ihrer Therapiefreiheit auf der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels bestehen, selbst wenn es wirkstoffgleiche Alternativen gibt ("Aut-idem-Ausschluss"). Daher wurde mit dem GKV-WSG auch geregelt, dass ärztliche Arzneimittelverordnungen nicht mehr Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, soweit es sich um Arzneimittel handelt, für die Krankenkassen Rabatte vereinbart haben (§ 106 Abs. 2 SGB V). Außerdem sind Verordnungen von rabattierten Arzneimitteln auch nicht mehr Gegenstand kollektiver Arzneimittelvereinbarungen gemäß § 84 SGB V zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Schließlich kann eine Krankenkasse nach dem GKV-WSG die Zuzahlung der Patienten für Arzneien um die Hälfte ermäßigen bzw. ganz aufheben, wenn eine Rabattvereinbarung mit einem pharmazeutischen Unternehmen besteht und daraus Einsparungen zu erwarten sind.

Da sich die Verpflichtung der Apotheker auf die Substitution wirkstoffgleicher Arzneimittel beschränkt, betreffen die Neuregelungen nur den generikafähigen Markt. Das GKV-WSG hat spürbare Auswirkungen auf dieses Marktsegment. Bereits für das (Rest-)Jahr 2007 betrug der Umsatz von rabattierten Arzneimitteln fast 2 Mrd. Euro; das entsprach einem Anteil am gesamten Arzneimittelumsatz in Höhe von rund 7 % und einem Anteil an den Arzneimittelmengen (in DDD) von fast 17 % (Häussler et al. 2008, S. 72). Im Jahr 2008 hat die Marktrelevanz von Rabattverträgen deutlich zugenommen. Zum Jahresende gab es insgesamt 5.777 Rabattverträge mit über 2 Mio. vereinbarten Rabatten. Der Generikaanteil am Rabattgesamtvolumen betrug ca. 97 %. Rabatte auf patentfreie Originalprodukte hatten mit 1 % am Rabattgesamtvolumen nur einen sehr geringen Anteil, der sich allerdings im Laufe des Jahres verfünffacht hatte. Der Umsatz von Rabattarzneimitteln dürfte sich nach vorläufigen Angaben im Jahr 2008 auf insgesamt etwa 6 Mrd. Euro erhöht haben.²⁴

Nach IGES-Schätzungen erzielten die Krankenkassen mit Rabattverträgen im Jahr 2007 (April bis Dezember) insgesamt Einsparungen in Höhe von

²⁴ Quelle: <http://www.progenerika.de/de/generika/data/marktdaten.html>

330 Mio. Euro. Ob die Krankenkassen mit Einsparungen in dieser Größenordnung angesichts der zusätzlichen administrativen Kosten finanziell erfolgreich waren, bleibt letztlich unbeantwortet (Häussler et al. 2008, S. 65 ff.). Aus den Einsparungen letztlich zu finanzieren wären nämlich zusätzlich auch Zuzahlungsbefreiungen bei Versicherten für rabattierte Arzneimittel sowie evtl. Bonuszahlungen an Ärzte für die Verordnung rabattierter Arzneimittel. Unabhängig von ihren Auswirkungen auf die Finanzsituation der GKV haben die Rabattverträge seit Inkrafttreten des GKV-WSG zu einer höheren Wettbewerbsdynamik unter den Arzneimittelherstellern geführt. Insbesondere die etablierten Generikamarken verloren unter dem Strich Marktanteile. Betrachtet man die 43 Wirkstoffe, die vom AOK-System im Jahr 2007 ausgeschrieben wurden, verringerte sich der Umsatzanteil der drei größten Generikahersteller (inkl. Tochterunternehmen) bei den AOKen von 63,4 % (Januar) auf 36,6 % (Dezember). Der parallele Anstieg ihres Umsatzanteils bei den Ersatzkassen (von 62,5 % auf 67,5 %), primär durch Vereinbarung von Sortimentsverträgen, konnte diesen Rückgang nicht ausgleichen.²⁵

Ähnlich wie bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus hat es in der Hilfsmittelversorgung einen Rückschritt in der Wettbewerbsorientierung gegeben, indem durch das GKV-OrgWG wettbewerbsstärkende Regelungen des GKV-WSG abgeschwächt wurden. Diese Wettbewerbsstärkung bestand darin, dass der Ausschreibung von Verträgen mit Hilfsmittelanbietern Vorrang vor anderen Kontrahierungsformen eingeräumt wurde (Einzel- oder Kollektivverhandlungen nach öffentlicher Bekanntmachung der Vertragsabsicht, Vereinbarungen im Einzelfall). Durch vorrangiges Ausschreiben nach Vergaberecht sollte der Preiswettbewerb in der Hilfsmittelversorgung gefördert werden (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 141). Nach fundamentaler Kritik an der Neuregelung durch die Hilfsmittelanbieter (vgl. Kötter und Maßing 2008, S. 50) wurde mit dem GKV-OrgWG die Ausschreibung von einer Soll- zu einer Kann-Vorschrift zurückgestuft. Darüber hinaus wurde ergänzend geregelt, dass zukünftig der Spitzenverband der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Hilfsmittelanbieter auf Bundesebene gemeinsam Empfehlungen darüber abgeben, unter welchen Voraussetzungen Ausschreibungen zweckmäßig sind – und damit letztlich, wann überhaupt ausgeschrieben werden darf (§ 127 Abs. 1a SGB V). Kommt es nicht zu Ausschreibungen, werden Einzel- oder kollektive Verträge nach öffentlicher Bekanntmachung der Vertragsabsicht mit den Leistungsanbietern geschlossen. Mit dem GKV-OrgWG wurde zusätzlich ein generelles Beitrittsrecht anderer Leistungsanbieter zu diesen Verträgen ("zu den gleichen Be-

²⁵ Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health).

dingungen") eingeführt. Damit ist der Versuch, ein Leistungssegment in der GKV erstmals vollständig selektivvertraglich zu organisieren, vorerst gescheitert.

Drei Monate vor dem GKV-WSG war bereits zu Jahresbeginn 2007 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurde die mit dem GMG initiierte Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung konsequent fortgesetzt. Die für die neu eingeführte Versorgungsform MVZ geltenden erweiterten Organisationsmöglichkeiten (vgl. Kapitel 2.2.1) wurden mit dem VÄndG nun auch allen Ärzten eröffnet, die in (Gemeinschafts-)Praxen tätig sind. Dies bedeutet für sie die Möglichkeit

- Praxen in Teilzeitbeschäftigung zu betreiben (Teilzulassung),
- eine unbegrenzte Zahl von Ärzten auch aus anderen Fachrichtungen anzustellen,
- sich zu örtlichen oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zusammen zu schließen,
- auch über die regionalen Grenzen ihrer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus tätig zu werden und
- als Vertragsärzte gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in Krankenhäusern zu arbeiten u. u. (vorher nur für ermächtigte Krankenhausärzte, Laborärzte und Pathologen zulässig).

Einzig die Beteiligung externer Investoren ist ihnen nicht gestattet. Vor allem mit der nun explizit zulässigen Vereinbarkeit von ambulanter und stationärer ärztlicher Tätigkeit leistet das VÄndG eine Voraussetzung zur Entwicklung sektorübergreifender, integrierter Versorgungsformen. Gleichzeitig trägt die Reform des Vertragsarztrechts zur Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern auf dem Vertragsmarkt bei.

2.2.3 Beurteilung der gegenwärtigen Wettbewerbsorientierung

Es ist eine gemischte Bilanz, die aus den jüngsten Gesundheitsreformen mit Blick auf die Wettbewerbsorientierung zu ziehen ist. Ziel- und Referenzpunkt, an dem die Reformen zu messen sind, ist die Implementierung wettbewerblicher Organisationsprinzipien auch auf dem Vertragsmarkt. Damit soll eine stärkere Symmetrie der Wettbewerbsorientierung zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt erreicht werden. Infolge der bisherigen weitgehenden Ausklammerung des Vertragsmarktes vom Wettbewerb blieben wesentliche Effizienzpotentiale des Kassenwettbewerbs unerschlossen. Durch Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und

auf Seiten der Leistungserbringer soll vor allem die Effizienz in der Gesundheitsversorgung gesteigert werden.

Auf dem Vertragsmarkt wurden durch die Gesundheitsreform 2007 tatsächlich grundlegende Voraussetzungen für eine wettbewerbliche Flankierung geschaffen. Einen substanziellen Beitrag hierzu leistete bereits das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, durch das die mit dem GMG eingeleitete Liberalisierung der Angebotsstrukturen konsequent fortgesetzt wurde. Das GKV-WSG erweiterte die Wettbewerbsspielräume primär in der ambulanten Versorgung.

- Am markantesten gelang dies in der Arzneimittelversorgung. Mit dem GKV-WSG wurden entscheidende Durchsetzungslücken der bereits länger zulässigen Selektivverträge über Arzneimittelrabatte bei Apotheken, Ärzten und Patienten weitgehend geschlossen.²⁶ Die Neuregelungen hatten spürbare Auswirkungen vor allem auf den generikafähigen Arzneimittelmarkt.
- Die wichtigsten Maßnahmen für die ambulante ärztliche Versorgung waren die Entkopplung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung vom Kollektivvertragssystem, die Schaffung einer neuen Selektivvertragsoption für „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ sowie die Verpflichtung zur Budgetbereinigung.
- Die Verträge zur Hilfsmittelversorgung sollten nach dem GKV-WSG vorrangig ausgeschrieben werden, um den Preiswettbewerb zu fördern.

Für Verträge zur Integrierten Versorgung waren entscheidende Weichenstellungen bereits mit dem GMG vorgenommen worden. Mit der Verlängerung der Anschubfinanzierung blieben die IV-Verträge weiterhin der Schwerpunkt der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung. Die Neuregelungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus stellten dagegen einen klaren Rückschritt für die wettbewerbliche Ausrichtung der Gesundheitsversorgung dar.

Ein Teil der Maßnahmen zur Wettbewerbsstärkung der Gesundheitsreform 2007 wurde im Zuge des GKV-OrgWG bereits zum Jahresende 2008 wieder zurückgenommen. Schwerwiegend ist die starke Einschränkung der Wettbewerbsspielräume bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Mittlerweile gelten für sie eine Angebotspflicht mit Umsetzungsultimatum, weitreichende gesetzliche Vorgaben für die Vertragsinhalte und

²⁶ Darüber hinaus gehende Umsetzungsprobleme betreffen primär rechtsnormative Fragen und werden durch das neuartige Zusammenwirken von Sozialrecht und Wettbewerbsrecht verursacht. Vgl. hierzu Kapitel 5.

schließlich die Vorgabe des Verhandlungspartners. In der Hilfsmittelversorgung wurde der Vorrang der Ausschreibungen wieder zurückgenommen, statt dessen wird nun sogar zentral auf Bundesebene bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen überhaupt ausschreiben dürfen.

Fasst man die Reformmaßnahmen des GMG, des VÄndG und des GKV-WSG zusammen, ergibt sich trotz der teilweisen Rücknahmen durch das GKV-OrgWG insgesamt eine Ausweitung wettbewerblicher Spielräume im Verhältnis der Kassen und der Leistungserbringer auf dem Vertragsmarkt. Diese erweiterten Spielräume wurden auch genutzt und haben in vielen Bereichen zu mehr Wettbewerb geführt: am augenfälligsten in der Arzneimittelversorgung, aber auch erkennbar in Veränderungen der Angebotsstrukturen in der ambulanten ärztlichen Versorgung und schließlich in der Konkurrenz, die den „gemeinsam und einheitlich“ vereinbarten Kollektivverträgen in der ambulanten Versorgung zunehmend durch selektive Vereinbarungen erwächst.

Die Frage, ob und in welchem Ausmaß der verstärkte Wettbewerb zu mehr Effizienz der Gesundheitsversorgung geführt hat, lässt sich derzeit dagegen kaum beantworten. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die relativ kurze Zeitspanne seit Öffnung der zusätzlichen Wettbewerbsspielräume – vor allem wenn man berücksichtigt, dass es von der Öffnung der Spielräume bis zu ihrer effektiven Nutzung in vielen Fällen flankierender Maßnahmen auf den Ebenen der Gesetzgebung und der GKV-Selbstverwaltung bedurfte. Auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden die Wettbewerbspotentiale der jüngsten Gesundheitsreformen nicht ausgeschöpft, da die Voraussetzungen hierfür noch nicht oder erst seit sehr kurzer Zeit geschaffen wurden. Hierzu zählen die Klärung wesentlicher (wettbewerbs-)rechtlicher Fragen sowie die Etablierung praktikabler Verfahren zur Budgetbereinigung.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die Wettbewerbsaktivitäten bei Selektivverträgen neuen Typs (d. h. mit Budgetbereinigung) gegenwärtig noch nicht sehr ausgeprägt sind. Bislang haben sie sich im Wesentlichen auf einen „Eisbrechervertrag“ für die selektive hausärztliche Versorgung beschränkt, ein zweiter Vertrag wurde vor kurzem vereinbart, unterlag aber bereits einem stärkeren politischen und gesetzlichen Druck, der schließlich in die weniger wettbewerbsfreundliche Regelung durch das GKV-OrgWG mündete. Die AOK als Kasse mit den jeweils größten regionalen Marktanteilen übernimmt bei den Hausarztverträgen die Schrittmacherrolle.²⁷ Das große Wettbewerbs- und Effizienzpotential, das die neue

²⁷ Ob und inwieweit die Dominanz der marktmächtigsten Kasse in diesem Prozess ein wettbewerbsökonomisches Problem darstellt wird in Kapitel 5 analysiert.

Selektivvertragsoption des § 73c SGB V geschaffen hat, wurde bislang noch gar nicht genutzt. Die aktuell ersten Ansätze stammen erneut von der AOK und zielen darauf ab, die Selektivverträge zur besonderen ambulante Versorgung eng mit den bereits geschlossenen Hausarztverträgen zu verknüpfen. Es entspricht dem Ziel, den Vertragswettbewerb zu intensivieren, wenn eine große und vergleichsweise durchsetzungsstarke Kasse den Prozess einleitet, eine Organisation der Gesundheitsversorgung anzubieten, die in einigen wesentlichen Punkten von der gegenwärtig dominierenden kollektivvertraglichen abweicht. Im Sinne der Such- und Entdeckungsfunktion des Wettbewerbs wäre zu wünschen, dass zukünftig weitere Alternativen an Versorgungs- und Organisationsformen angeboten werden.

Mehr Anhaltspunkte dafür, dass ein intensiverer Wettbewerb die Effizienz der Gesundheitsversorgung steigert, liefert der Arzneimittelmarkt. Die Arzneimittelversorgung ist auch deshalb "Vorreiter" bei Einzelverträgen, weil in ihr im Gegensatz zur ärztlichen Versorgung keine Budgetbereinigung erforderlich ist, damit Kassen Anreize haben, selektivvertragliche Optionen zu nutzen. Während Belege für signifikante Einsparungen der Krankenkassen durch die selektiven Arzneimittelverträge noch ausstehen, so lässt sich eindeutig eine höhere Wettbewerbsdynamik unter den Arzneimittelherstellern feststellen. Der stärkere Wettbewerb hat sich vor allem in deutlich gesunkenen Generikapreisen niedergeschlagen.²⁸ Insoweit die Arzneimittelversorgung ohne Qualitätseinbußen aufrecht erhalten werden kann und die Preisvorteile den Nachfragern, und damit letztlich den Versicherten, zugute kommen, wirkt der durch Rabattverträge verschärfte Preiswettbewerb eindeutig effizienzerhöhend.

Qualitätseinbußen wurden jedoch reklamiert: Die Verfügbarkeit sei infolge von Lieferschwierigkeiten kleiner Hersteller eingeschränkt worden, und es gäbe Schwierigkeiten, Patienten auf andere wirkstoffgleiche Produkte umzustellen. Während die anfänglichen Belieferungsprobleme zukünftig lösbar erscheinen, auch weil die aktuellen Ausschreibungen in Einzellöse unterteilt wurden, ist der zweite Kritikpunkt differenzierter zu betrachten. Die Substitution selbst wirkstoffgleicher Arzneimittel kann negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Dies kann zum einen auf insgesamt allenfalls geringe, im individuellen Fall aber u. U. therapierelevante Unterschiede zwischen wirkstoffgleichen Arzneimitteln, vor allem in der Biover-

²⁸ Im Jahr 2008 erhöhten sich die (Apothekenverkaufs-) Preise der patentgeschützten Arzneimittel ohne Generikakonzurrenz um durchschnittlich 1,5 %, die Preise der patentfreien Originalprodukte um durchschnittlich 9,4 %. Dagegen sind die Preise für Generika durchschnittlich um 12,4 % gesunken. (Quelle: <http://www.progenerika.de/de/generika/data/marktdaten.html>)

füßbarkeit, zurück zu führen sein. Zum anderen kann ein Produktwechsel die Therapietreue eines Patienten negativ beeinflussen. Letzteres lässt sich zwar prinzipiell vermeiden, erfordert aber zumindest zusätzliche (zeitliche/ärztliche) Ressourcen, die die Effizienzgewinne mindern.

Längerfristig können sich weitere, potenziell effizienz mindernde Einflüsse bemerkbar machen.

- Als wettbewerbsökonomischer Einwand gegen einen intensiven Rabattwettbewerb unter den gegebenen Marktbedingungen wird vorgebracht, dass die gegenwärtige Wettbewerbsdynamik unter den Herstellern zu einem ruinösen Verdrängungswettbewerb führe, der letztlich eine Oligopolisierung und damit wieder steigende Preise begünstige. Ob eine solche Entwicklung eintritt, hängt jedoch auch stark von den wettbewerbspolitischen Rahmenbedingungen ab (siehe hierzu ausführlich Kapitel 5).
- Die Umstellung von Patienten auf andere Arzneimittel, die mit selektiven Arzneimittelverträgen der Kassen verbunden sind, dürfte die Versorgungsqualität stärker tangieren, wenn – wie derzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion gefordert – auch zunehmend patentgeschützte bzw. Originalprodukte ohne Generikakonzurrenz Gegenstand von Rabattverträgen werden. Gleichzeitig verändert sich die Technologie in der Arzneimittelentwicklung mit dem Ziel stärker individualisierter Arzneimitteltherapien. Zukünftig dürfte also die Entscheidung über die Austauschbarkeit von Arzneimitteln im Rahmen eines gewünschten Preis- bzw. Rabattwettbewerbs zunehmend komplexer werden. Soll unter diesen Voraussetzungen der Produkt- und Preiswettbewerb zwischen den Arzneimittelherstellern um selektive Verträge mit Kassen effizienzsteigernd wirken, erscheinen grundlegendere Veränderungen am Ordnungs- und Regulierungsrahmen der Arzneimittelmärkte notwendig (vgl. hierzu im Folgenden Kapitel 4.8).

Die stärkere Symmetrie der Wettbewerbsorientierung zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt ist eine wesentliche Zielgröße der jüngsten Reformen. Daher sind die Veränderungen der Wettbewerbsverhältnisse auf dem Versicherungsmarkt, die mit den jüngsten Reformen einhergingen, ebenfalls in die Beurteilung einzubeziehen. So sehr der einheitliche Beitragssatz des Gesundheitsfonds im Vordergrund der öffentlichen Diskussion über den zukünftigen Kassenwettbewerb stand: Die durch die Reform ausgelöste Marktdynamik ist primär auf den neuen Risikostrukturausgleich zurück zu führen. Die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs sowie die stärker direkte Morbiditätsorientierung des Ausgleichs hat viele der bisherigen Wettbewerbsstrategien der Kassen obsolet werden lassen. Eine Selektion einkommensstarker, junger und gesunder Versicherter ist nicht mehr

per se ein Garant für Markterfolg im Kassenwettbewerb. Viele Kassen überarbeiten daher zur Zeit ihre Geschäftsmodelle. Diese Umstellung ist in ihren Grundsätzen ökonomisch unumstritten und wirkt für sich genommen nicht nur eindeutig effizienzerhöhend auf den Versicherungsmarkt, sondern auch marktstabilisierend. Sie ist insbesondere auch deshalb erforderlich, weil mit erweiterten Selektivvertragsoptionen in der Gesundheitsversorgung die Möglichkeiten der Kassen zur Risikoselektion zunehmen.

Allerdings ist es für diese unter Effizienzgesichtspunkten erwünschte Umstellung nicht erforderlich, den Preis- bzw. Beitragswettbewerb so stark einzuschränken, wie es derzeit der Fall ist. Auch diesbezüglich ist es nicht der Gesundheitsfonds oder der einheitliche Beitragssatz, die diese Einschränkung bewirken. Das GKV-WSG hat – im Gegenteil – auch über die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hinaus Ansatzpunkte dafür geliefert, dass der Kassenwettbewerb stärker als bisher zur Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung beiträgt. Hierzu zählt die Möglichkeit, dass sich die Krankenkassen über pauschale Zusatzbeiträge oder Prämienzahlungen einen für die Versicherten sicht- und spürbareren Beitragswettbewerb liefern. Die Reformen auf dem Vertragsmarkt wiederum schaffen die Spielräume, dass der Kassenwettbewerb nicht nur über Beiträge, sondern zunehmend auch über unterschiedliche Versorgungsformen und Versorgungsqualitäten geführt wird. Damit würde die Wettbewerbssituation auf dem GKV-Versicherungsmarkt in dem Sinne „normalisiert“, dass sich Wahl- und Kaufentscheidungen wie auf den meisten Märkten am Verhältnis von Kosten bzw. Preis zu Qualität orientieren (vgl. Kapitel 2.1).

Dass der Preis- bzw. Beitragswettbewerb im Zuge der jüngsten Reform dennoch starke Einschränkungen erfährt, hat eine konzeptionelle sowie eine politische und verhaltensbedingte Ursache:

- Eine massive konzeptionelle Funktionseinschränkung des Beitragswettbewerbs ist die 1 %-Überforderungsgrenze (vgl. Fußnote 15). Diese Regelung ist in hohem Maße dysfunktional, weil sie erneut eine Selektion von Versicherten mit hohem Einkommen für Kassen attraktiv macht. Damit werden gravierende, sich selbst verstärkende Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen begünstigt, wie sie gerade erst mit dem neuen RSA beseitigt wurden. Um diesen konzeptionellen Mangel zu beheben, muss der mit der Überforderungsklausel verbundene soziale Ausgleich kassenübergreifend durchge-

führt werden. (vgl. ausführlich Rürup & Albrecht 2008, S. 135 f., SVR 2006, S. 219 ff., 223 ff.)²⁹

- Gesundheitspolitisch wird die Erhebung von Zusatzbeiträgen geradezu tabuisiert: Unterschiede in der effektiven Beitragsbelastung durch unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge und Prämien sollen in der Interpretation der Regierungspolitik nicht einen gewünschten Preis- bzw. Beitragswettbewerb widerspiegeln. Ebenso wenig werden Zusatzbeiträge als Mittel zur Finanzierung von Qualitätsverbesserungen oder von Investitionen in neue Versorgungsformen gesehen. Statt dessen wird immer wieder betont, die Funktion des Zusatzbeitrags sei ausschließlich die Indikation von Unwirtschaftlichkeit. Den Kassen müsse es darum gehen, die Erhebung von Zusatzbeiträgen mit aller Kraft zu vermeiden und mit den Fondszuweisungen auszukommen. Zusatzbeiträge und Prämien sollen also keine Vehikel dafür sein, dass auch unter den Bedingungen eines einheitlichen Beitragsatzes ein Preis-Qualitäts-Wettbewerb zwischen den Kassen stattfinden kann, in dem beide Parameter beweglich sind. Vielmehr liegt die politisch erwünschte Effizienzwirkung von Zusatzbeiträgen in deren Nicht-Existenz bzw. ihrer Vermeidung. Was die Gesundheitspolitik anstrebt ist ein Beitragsveränderungsvermeidungswettbewerb, der zu einem reinen Qualitätswettbewerb führen soll. Diese Vorstellung basiert auf keinem ökonomisch begründeten Konzept, sondern lässt sich nur mit den Zwängen politischer Kompromisse erklären.
- Die Krankenkassen unterwerfen sich derzeit vollständig dieser gesundheitspolitischen Vorgabe. Seit dem Start des Gesundheitsfonds hat es keine Kasse gewagt, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Auch die Neigung, Prämien auszuzahlen und damit die effektive Beitragslast der Versicherten zu verringern, ist bislang äußerst begrenzt.³⁰ Es spricht viel dafür, dass diese Zurückhaltung gegenüber Zusatzbeiträgen und Prämien ein temporäres Phänomen darstellt, das primär aus den mit der Umstellung auf den Gesundheitsfonds ver-

²⁹ Mit dem GKV-WSG wurde eine Überprüfung der Überforderungsklausel beschlossen. Hierzu hat der Spitzenverband Bund bis zur Mitte des Jahres 2011 einen Bericht zu den Erfahrungen mit der Überforderungsklausel vorzulegen (§ 242 Abs. 4 SGB V).

³⁰ Teilweise wird die Vermeidung auch der Prämienzahlungen damit erklärt, dass die Kassen die Attrahierung von „Schnäppchenjägern“ zu vermeiden suchen, weil es sich bei diesen überwiegend um schlechte Risiken handelt. Dies ist natürlich eine extrem verkürzte Sichtweise, denn die Gruppe überdurchschnittlich preissensitiver Versicherter dürfte sehr heterogen zusammengesetzt sein und beispielsweise auch viele junge, gesunde Personen mit höherem Bildungsstand umfassen.

bundenen Unsicherheiten resultiert. Andere Erklärungen, etwa das immer wieder angeführte „Mikado-Argument“, wonach der ersten Kasse, die das Zusatzbeitrags-Tabu bricht, unmittelbar eine massive Mitgliederabwanderung drohe, sind hingegen rein spekulativ und entbehren jeglicher Empirie. Im Gegenteil: Die bisherigen empirischen Analysen zum Kassenwechselverhalten der GKV-Versicherten kommen zu dem Ergebnis, dass die Preiselastizität auf dem Versicherungsmarkt der GKV bislang überschätzt wurde (Andersen et al. 2007, S. 448). In der ersten Phase des Kassenwettbewerbs seit 1996 waren das Image einer Krankenkasse bzw. vermutete Leistungsunterschiede wichtiger als der Beitragssatz für die Erklärung der Kassenwechsel. Stark beitragsatzfokussiert war der Kassenwettbewerb im Zeitraum von Ende der 1990er Jahre bis ungefähr zum Jahr 2003. In den letzten Jahren hingegen verlor der Beitragssatz tendenziell seine überragende Bedeutung als Wechselmotiv, und es rückten zunehmend Qualitäts- und Versorgungsaspekte in den Vordergrund.³¹ Die verbreitete Ansicht, Zusatzbeiträge seien auf dem Versicherungsmarkt nicht ohne massive Marktanteilsverluste durchsetzbar, ist demnach durch bisherige Erfahrungen nicht gedeckt.

Konzeptionell, gesundheitspolitisch und durch das Kassenverhalten wird der Preis- bzw. Beitragswettbewerb also stark beeinträchtigt. Das faktische bzw. angestrebte Einfrieren des Beitrags als Wettbewerbsparameter engt zudem die Spielräume der Kassen ein, auf dem Vertragsmarkt erlangte Wettbewerbsvorteile durch klar erkennbare Preissignale auf dem Versicherungsmarkt zur Geltung zu bringen. Letztlich werden auch Möglichkeiten zur Finanzierung von Investitionen in Qualitätsverbesserungen und in die Entwicklung neuer Versorgungsformen begrenzt.

Die mit der jüngsten Reform geschaffene Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen schließlich ist ein konsequenter Schritt zur Wettbewerbsstärkung auf dem Versicherungsmarkt der GKV. Die optimale Krankenkassenstruktur sollte dann aber Ergebnis des Versicherungswettbewerbs sein. Wenn und insoweit die Bildung größerer Einheiten Vorteile im Wett-

³¹ „Dies bedeutet selbstverständlich keineswegs, dass der Beitragssatz bzw. die folgenden pauschalen Ab- und Zuschläge keine Bedeutung mehr als Anreize für die Kundenmobilität hätten. Entscheidend ist, dass monetäre Anreize zunehmend in den Kontext von tatsächlicher und erwarteter Morbidität, von aktueller und erwarteter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, von Service-, Komfort- oder Qualitätsansprüchen eingebunden sind. Vor allem die Morbidität, die Morbiditätserfahrungen und die Morbiditätserwartungen werden bei Wahl und Wechsel der Absicherung des Krankheitsrisikos von primärer Bedeutung sein.“ (Andersen et al. 2007, S. 447; vgl. auch Andersen & Grabka 2006, S. 180 ff.)

bewerb um Versicherte bringt, weil hierdurch die Nachfrage- bzw. Einkaufsmacht gegenüber Leistungserbringern vergrößert werden kann, werden die Kassen entsprechende Strategien verfolgen. Die Bildung größerer Einheiten ist aber mit Blick auf eine vorteilhafte Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern nicht immer erforderlich. Auf den in vielen Leistungsbereichen stark lokal begrenzten Märkte können auch Kassen mit bundesweit sehr geringen, aber regional sehr hohen Versichertenanteilen substantielle Nachfragemacht gegenüber Leistungserbringern geltend machen. Das gesundheitspolitische Ziel, die Einkaufsmacht der Krankenkassen zu stärken – einige Gesundheitspolitiker fordern die Schaffung großer Nachfragemonopole – ist unter Effizienzgesichtspunkten bereits deshalb problematisch, weil Krankenkassen keine perfekten Sachwalter ihrer Versicherten sind. Die Steuerungsinteressen der Krankenkassen in der Gestaltung von Gesundheitsversorgung können, werden aber nicht stets in vollständiger Harmonie mit den Versichertenpräferenzen und Patientenbedürfnissen sein.³²

Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch die jüngsten Gesundheitsreformen das Ziel erreicht wurde, die Wettbewerbsorientierung in der GKV nicht nur zu stärken, sondern auch ausgewogener, d. h. symmetrischer, zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt zu gestalten. Allerdings lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht belegen, dass dadurch substantielle Effizienzgewinne erreicht wurden. Allenfalls im Arzneimittelbereich zeichnet sich ab, dass Effizienzpotentiale erschlossen werden. Jedoch geschieht dies dort noch in einem eher begrenzten Rahmen, der im Wesentlichen die Margenreduzierung bei (Marken-)Generika umfasst, die vor allem erreicht wird, indem Kassen mit hohem Marktanteil Rabatte durchsetzen. Für eine Beurteilung der Effizienzwirkungen der Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist es noch zu früh (siehe hierzu auch Kapitel 4). Doch schon aus der Analyse der gegenwärtigen Situation ergibt sich eine Reihe von Ansatzpunkten, wo und wie die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs auf dem Vertragsmarkt und damit die Voraussetzungen für Effizienzsteigerungen (wieder) verbessert werden können. Dies betrifft insbesondere die Hausarztverträge, den Bereich der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sowie die Hilfsmittelversorgung. Auf dem Versicherungsmarkt gilt es, die Funktionalität des Preis- bzw. Beitragswettbewerbs herzustellen.

³² Die im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds zu verzeichnenden Fusionen von Krankenkassen wurden nicht nur als strategischer Schritt zur Vergrößerung der Nachfragemacht auf dem Vertragsmarkt gedeutet, sondern auch als Versuch von Krankenkassen, die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu umgehen (vgl. Die Welt vom 25.6.2009: "Krankenversicherung wird teurer", S. 9).

Mit den jüngsten Gesundheitsreformen wurden ganze Bereiche der Gesundheitsversorgung von der „Wettbewerbsstärkung“ ausgenommen. Nach wie vor ungenutzte Wettbewerbs- und Effizienzpotentiale gibt es vor allem im Arzneimittelvertrieb und in der stationären Versorgung.

- Die seit langem geforderte Wettbewerbsstärkung im Arzneimittelvertrieb durch Großhandel und Apotheken wurde – nach zaghaften Ansätzen im GMG (Zulassung des Versandhandels, Lockerung des Mehrbesitzverbots) – mit der jüngsten Reform nicht angegangen. Vor allem gibt es nach wie vor keinen Spielraum für Preiswettbewerb für Apothekendienstleistungen bei erstattungsfähigen Arzneimitteln. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen, Abweichungen von der Arzneimittelpreisverordnung sind unzulässig.³³ Der Großhandel mit Arzneimitteln soll nach einem aktuellen Entwurf zu Änderungen im Arzneimittelgesetz künftig „in den öffentlichen Versorgungsauftrag einbezogen“ werden und erhält einen „Belieferungsanspruch gegenüber der Pharmaindustrie“ (Pressemitteilung des BMG vom 18.02.2009).
- In der stationären Versorgung werden im Rahmen der dualen Finanzierung Investitionsmittel nicht wettbewerblich bzw. nicht konsequent leistungsorientiert zugeteilt. Der Einstieg in selektivvertragliche Versorgungsformen wie im vertragsärztlichen Bereich wurden von Krankenkassen und von unabhängiger fachlicher Seite mehrfach gefordert, haben jedoch auch bei der jüngsten Krankenhausreform (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz KHRG) keine Berücksichtigung gefunden. Gerade weil die Möglichkeit abweichender selektiver Vereinbarungen nur in Randbereichen gegeben ist, ist es einer stärkeren Wettbewerbsorientierung abträglich, wenn auch für Krankenhäuser der Preis als individuell gestaltbarer Wettbewerbsparameter eingefroren wird. Durch die Vereinheitlichung der DRG-Fallpauschalen geschieht aber genau dies.

Krankenhausbehandlungen sind mit über 50 Mrd. Euro (2007) der ausgabenreichste Leistungssektor in der GKV. Die Bestandsaufnahme zur verfügbaren Evidenz über Ineffizienzen im Gesundheitssystem in Deutschland haben vergleichsweise deutliche Hinweise auf Effizienzpotentiale in der stationären Versorgung gegeben (vgl. Annex bzw. Kapitel 1.3). Dennoch wurden mit den jüngsten Reformen keine Maßnahmen ergriffen, den Wettbewerb im Krankenhausbereich zu stärken: Weder gelang eine klare Um-

³³ Für einen Vorschlag, wie preiswettbewerbliche Spielräume im Arzneimittelvertrieb durch Apotheken geschaffen werden könnten, vgl. die Ausführungen von Cassel in IGES/Cassel/Wille/WIdO (2006).

stellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung, noch wurden selektive Vertragsmöglichkeiten geschaffen. Statt dessen setzt die Gesundheitspolitik einseitig auf Effizienzdruck durch Nivellierung von Preisunterschieden im Rahmen des DRG-Systems. Im folgenden Kapitel 3 sollen daher die Wettbewerbs- und Effizienzpotentiale untersucht werden, die in einem stärkeren Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern liegen.

3 Stärkung der Wettbewerbsorientierung in der stationären Versorgung

3.1 Einwände gegen die Ausschaltung des Preises als Wettbewerbsparameter

Gegenwärtig verhandeln die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den individuellen Krankenhausträgern Budgets ("Gesamtbeträge"), mit denen die an GKV-Versicherten erbrachten Krankenhausleistungen abgegolten werden. Seit dem Ende der Konvergenzphase gelten auf Landesebene für alle Krankenhäuser einheitliche Preise für die gemäß dem DRG-System definierten Leistungen (einheitlicher Landesbasisfallwert führt zu einheitlichen Fallpauschalen). Abgesehen vom Leistungsbereich, der über sonstige Entgelte abgegolten wird, bleibt als Verhandlungsgegenstand damit nur das Leistungsvolumen (Fallzahl und Fallschwere i. F. des Casemix). Allenfalls die Preisabstaffelungen im Rahmen von Mehr- oder Mindererlösausgleichen können zwischen Krankenhaus und Kassen verhandelt werden.

Die Preise (= Entgelt pro Leistungseinheit) werden im Rahmen des DRG-Systems nur nach Leistungskategorie und Patientenmorbidity differenziert, sind aber darüber hinaus für alle Vertragspartner (Krankenhausträger und Kassen) innerhalb eines Bundeslands gleich.³⁴ Sie entsprechen einem morbiditätsadjustierten Kostendurchschnitt über alle Krankenhäuser eines Bundeslandes. Ein Preiswettbewerb findet – abgesehen von Randbereichen wie z. B. Walleistungen – im Krankenhausbereich gegenwärtig nicht statt.³⁵

Auf den ersten Blick wird in diesem System einheitlicher Preise für gleich definierte Leistungen dem einzelnen Krankenhaus die Rolle eines "Mengenanpassers" zugeschrieben, in der die ökonomische Markttheorie die Anbieter bzw. Unternehmen auf polypolistisch strukturierten Märkten unter Idealbedingungen sieht. Auf solchen Märkten der "vollständigen Konkurrenz" ist der einzelne Anbieter zu klein, um die Preisbildung zu beeinflussen (daher auch: "atomistische Konkurrenz"), so dass ihm als Handlungs-

³⁴ Darüber hinaus wurde durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) festgelegt, dass die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten im Zeitraum 2010 bis 2014 abzubauen sind, bis sich die Landesbasisfallwerte innerhalb eines einheitlichen Basisfallwertkorridors (in Höhe von +2,5 % bis -1,25 %) um einen (bundes-)einheitlichen Basisfallwert bewegen.

³⁵ Siehe auch Monopolkommission (2008), S. 371.

parameter nur verbleibt, die gemessen an seinen Produktionskosten und dem (unbeeinflussbaren) Marktpreis gewinnmaximierende Menge anzubieten.

Mit dem Marktmodell der vollständigen Konkurrenz lässt sich die reale Situation der Krankenhausversorgung zweifellos nicht beschreiben. In dem Modell setzt der für alle Anbieter einheitliche Marktpreis u. a. voraus, dass alle Anbieter nur "atomistisch" kleine Anteile an der Nachfrage auf sich vereinen und dass das angebotene Gut vollkommen homogen ist. Tatsächlich agieren Krankenhäuser auf regionalen Teilmärkten mit z. T. sehr unterschiedlichen Marktstrukturen. Außerdem unterscheiden sich die angebotenen stationären Behandlungsleistungen – auch wenn ihnen identische Leistungsdefinitionen zugrunde liegen – in ihrer jeweiligen Wertschätzung durch die Patienten.

Die Preise bilden somit die unterschiedlichen Angebots- und Nachfrageverhältnisse der Krankenhausversorgung in räumlicher, zeitlicher und qualitativer Hinsicht nicht ab. Die Preise erfüllen damit die ihnen üblicherweise zugedachte Allokations- und Verteilungsfunktion nur rudimentär. Zwar erhöht sich der Anpassungsdruck auf Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten, aber

- solange kein wirksamer (Qualitäts-)Wettbewerb stattfindet, haben sie einen Anreiz, Kostensenkung durch Qualitätsabsenkung zu erzielen;
- für Anbieter mit durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Kosten, die nicht gewinnorientiert sind, ergeben sich aus dem Vergütungssystem kaum weitergehende Anreize, ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen;
- Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten können ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit nicht in Form von Preissenkungen transparent machen und damit Wettbewerbsvorteile erzielen bzw. sie verspüren keinen Druck, die Nachfrager an ihrer überdurchschnittlichen Wirtschaftlichkeit in Form von Preissenkungen partizipieren zu lassen;
- Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten können keine höheren Preise verlangen, auch wenn aufgrund der spezifischer Bedingungen (lokale bzw. räumliche Präferenzen in Regionen mit geringem Angebot, höhere Qualität) eine Zahlungsbereitschaft hierfür besteht.

Fällt der Preis als (Ver-)Handlungsparameter aus, wird die Vergütung eines Krankenhauses allein über die Vereinbarung der Leistungsmengen gesteuert. Um sich im Wettbewerb zu profilieren (vor allem um optimale Fallzahlen und -strukturen zu erreichen), bleibt dem Krankenhaus die Behandlungsqualität als zentraler Parameter. Qualitätsmessung und Qualitätsvergleiche in der stationären Versorgung sind jedoch aus vielerlei Gründen schwierig. Gesundheitsmärkte sind – mehr als die meisten anderen Wirt-

schaftsbereiche – durch asymmetrische Informationsverteilung und damit verbundene Qualitätsintransparenz gekennzeichnet. Folglich ist davon auszugehen, dass ein reiner Qualitätswettbewerb einen wesentlich schwächeren Wettbewerbsdruck entfaltet als ein Preiswettbewerb, weil die Preisunterschiede offensichtlicher sind als Qualitätsunterschiede.

Ein reiner Preiswettbewerb bei weitgehender Homogenität des Angebots ist für Unternehmen stets die härteste Form der Konkurrenz. Auf vielen Märkten kann man daher beobachten, wie Anbieter bemüht sind, durch Produktdifferenzierung (Qualitätswettbewerb, Markenbildung) diesen Wettbewerbsdruck zu vermindern. Da stationäre Behandlungsleistungen – auch bei identischen Leistungsdefinitionen, wie sie in der Vergütung nach DRG zugrunde gelegt werden – nicht vollkommen homogen sind, ist ein reiner Preiswettbewerb für den Krankenhausbereich nicht realistisch. Allerdings lässt sich mit Preisunterschieden die Heterogenität bzw. Unterschiedlichkeit des Angebots stationärer Leistungen offensichtlicher und vielfach wirkungsvoller darstellen, als wenn dies nur über die Behandlungsqualität geschähe.

Daher ist die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig geäußerte Hoffnung, ein Ausschalten des Preises als aktiven Wettbewerbsparameter würde die einseitige Fixierung des Wettbewerbs auf Preise bzw. Kosten beenden und statt dessen den Qualitätswettbewerb beflügeln, unbegründet und realitätsfern. Diese Hoffnung beruht auf der stark vereinfachenden Vorstellung, dass die Nachfrager bei einheitlichen Preisen ihre Wahlentscheidungen allein an der Qualität des Angebots orientieren ("Wer bietet das Beste zum fixen Preis?"). Neben dem bereits genannten Aspekt einer mangelnden Qualitätstransparenz gerade bei Gesundheitsleistungen spricht gegen einen solchen Ansatz auch, dass der Spielraum für Qualitätsverbesserungen durch die einheitlichen Preise stark eingeschränkt wird. Zahlreiche Qualitätsverbesserungen sind nur dann wirtschaftlich durchführbar, wenn für die höhere Qualität ein höherer Preis verlangt werden kann. Auf dem Vertragsmarkt für Krankenhausleistungen ist das erhoffte, allein an Qualität orientierte Nachfrageverhalten bereits infolge des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen ausgeschlossen.

Gegen das Ausschalten des Preises als Wettbewerbsparameter spricht zudem, dass Anbieter unter diesen Bedingungen auf alternative Parameter zurückgreifen, die mit Blick auf Transparenz und Effizienz des Wettbewerbs skeptisch zu beurteilen sind.

- Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten, die im Wettbewerb keine Möglichkeit haben, ihre Überschüsse in Form von Preissenkungen zu nutzen, können Nachfragern andere Formen von Vergünstigungen einräumen. Die Wertigkeit dieser alternativen Vergünsti-

gungsformen ist für die Nachfrager aber im Vergleich zu einer Preissenkung i. d. R. schwieriger zu bestimmen. Darüber hinaus können hiervon auch unerwünschte verhaltenssteuernde Wirkungen ausgehen (ein Beispiel hierfür aus dem Arzneimittelbereich sind die mittlerweile verbotenen Naturalrabatte von Generikaherstellern an Apotheken).

- Anbieter mit überdurchschnittlichen Kosten werden unter Wettbewerbsdruck – neben Bemühungen um Kostensenkung – versuchen, höhere Preise in anderen, nicht preisregulierten Bereichen zu erzielen und so die Verluste infolge der nicht kostendeckenden Preise zu decken. Eine solche Quersubventionierung verzerrt die Preissignale in den nicht preisregulierten Marktsegmenten und begünstigt dort ein ineffizientes Leistungsangebot. Beispiele hierfür sind die so genannten IGeL-Angebote oder ein bevorzugtes Angebot im Bereich der höher vergüteten Leistungen für privat Versicherte (z. B. Privatstationen in Kliniken).

In der Preisgestaltung für stationäre Leistungen liegt demnach ein bislang unerschlossenes Potential für einen intensiveren Wettbewerb, der zu Steigerungen von Effizienz und Versorgungsqualität führt. Dieses Potential kann erschlossen werden, wenn der Preis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse verhandelbar ist und somit zum Gestaltungsparameter der Leistungsanbieter wird. Von einer hieraus hervorgehenden wettbewerblichen Preisbildung ist zu erwarten, dass sie

- zu einer deutlicheren Darstellung der Leistungs- und Qualitätsunterschiede zwischen den Anbietern beiträgt,
- Anbieter mit unterdurchschnittlichen Kosten verstärkt die Nachfrager an ihrer überdurchschnittlichen Wirtschaftlichkeit in Form von Preissenkungen partizipieren lässt,
- Anbietern mit überdurchschnittlichen Kosten weitergehende Möglichkeiten eröffnet, ihr Leistungsangebot aufrecht zu erhalten, insofern sie hierfür auf eine höhere Zahlungsbereitschaft treffen.

3.2 Widersprüche zum Leitbild „gleicher Preis für gleiche Leistung“?

Zu erwarten ist, dass eine wettbewerbliche Preisbildung zu u. U. ausgeprägten Preisdifferenzierungen bzw. Preisdiskriminierungen führt. Dies scheint im Widerspruch zum gegenwärtigen gesundheitspolitischen Leitbild für die Gestaltung von Vergütungssystemen zu stehen, gemäß dem für gleiche Leistungen gleiche Preise gelten. Tatsächlich besteht aber nicht notwendigerweise ein Widerspruch, denn eine wettbewerbliche Preisbildung kann

konzeptionell durchaus als eine Weiterentwicklung der heutigen Vergütungssysteme betrachtet werden.

Das Leitbild "gleiche Leistung - gleicher Preis" entstammt ja gerade der Theorie marktwettbewerblicher Preisbildung: Konkurrenzbedingungen und offene Märkte sind zentrale Voraussetzungen dafür, dass Anbieter nicht dauerhaft für gleiche Leistungen unterschiedlich hohe Preise verlangen können. Eine solche Situation führt zur Arbitrage, Markteintritten und Marktanteilsverschiebungen. Überschüsse des Anbieters mit dem höheren Preis für das gleiche Gut können in einem funktionsfähigen Markt daher nicht von Dauer sein. Dauerhafte Preisunterschiede können jedoch durchaus Bestand haben, u. a. wenn

- (1) ein Markt nicht offen ist (z. B. lokales, gegen Zutritte geschütztes Anbietermonopol),
- (2) Arbitrage technisch oder rechtlich nicht möglich ist,³⁶
- (3) keine Markttransparenz bezüglich der Preisunterschiede besteht,
- (4) die Leistungen nicht vergleichbar sind (z. B. infolge ausgeprägter Informationsasymmetrien),
- (5) die Leistungen nicht (vollständig) gleich sind.

Die Umstände, die unter 1) bis 4) genannt sind, führen zu einer Funktionsbeeinträchtigung des Preiswettbewerbs. Der unter 5) genannte Umstand hingegen bedeutet, dass die Leistungen heterogen sind und sich daher aus ökonomischer Sicht grundsätzlich unterschiedliche Preise rechtfertigen lassen. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern heterogener Leistungen kann demnach kein reiner Preiswettbewerb sein, sondern es ist von einem kombinierten Preis-Qualitäts-Wettbewerb auszugehen.³⁷

Ausgangspunkt der heutigen Vergütungskonzepte waren z. T. ausgeprägte Kosten- bzw. Vergütungsunterschiede zwischen Krankenhäusern. Da sich diese Unterschiede nicht systematisch mit Unterschieden der medizinischen Prozeduren oder der Behandlungsqualität erklären ließen (was dem unter 5) genannten Fall entsprochen hätte), lag es nahe, von einem dysfunktionalen

³⁶ So können Krankenhausbehandlungen rein technisch nicht wieder- bzw. weiterverkauft werden. Der Weiterverkauf von Arzneimitteln über Ländergrenzen hinweg mit dem Ziel der Arbitrage ist teilweise rechtlich nicht möglich.

³⁷ Ein solcher Wettbewerb zwischen heterogenen Gütern setzt voraus, dass zwischen ihnen Substitutionsmöglichkeiten bestehen.

Preissystem auszugehen, in dem Preisunterschiede³⁸ durch die unter 1) bis 4) genannten Umstände hervorgerufen wurden.

Die Einführung des DRG-Systems in der Krankenhausvergütung zielte darauf ab, die Transparenz in der stationären Versorgung zu erhöhen, indem Krankenhausleistungen vergleichbar gemacht werden. Dieses Ziel entspricht einer Beseitigung der unter 3) und 4) genannten Umstände. Zu diesem Zweck wird das Leistungsspektrum der Krankenhäuser in Form von diagnosebezogenen Fallgruppen klassifiziert, die für alle Leistungsanbieter identisch definiert sind. Diese einheitlichen Leistungsdefinitionen bilden die Referenzgrößen, auf deren Grundlage Leistungspreise festgestellt und miteinander verglichen werden können.

Da im DRG-System für die Vergütung der Krankenhausleistungen auch einheitliche Bewertungsrelationen zwischen den einzelnen Fallgruppen (Preisstrukturen) zugrunde gelegt werden, lassen sich Preisunterschiede zwischen Krankenhäusern sehr einfach ermitteln. Erforderlich hierfür ist lediglich ein einziger krankenhausspezifischer Wert, der Basisfallwert, der dem Preisniveau entspricht. Der Basisfallwert ist das Ergebnis der Division des gesamten (auf Basis der DRG-Fallgruppen bestimmten) Krankenhausbudgets durch die mit den einheitlichen Bewertungsrelationen gewichteten Leistungsmengen.³⁹ Der Vergleich der krankenhausspezifischen Basisfallwerte macht damit vollkommen transparent, welches Krankenhaus Behandlungsfälle im Durchschnitt teurer oder günstiger behandelt. Das Transparenzziel des DRG-Systems wird so mit Blick auf den oben unter 3) genannten Umstand (keine Markttransparenz bezüglich der Preisunterschiede) erreicht.

Eine unmittelbar steuernde Wirkung, wonach dauerhaft teurere Krankenhäuser im Wettbewerb verdrängt werden, konnten die auf diese Weise transparent gewordenen Preisunterschiede jedoch nicht entfalten. Solange Krankenkassen einem Kontrahierungszwang gegenüber allen Plankrankenhäusern unterliegen und mit diesen Budgets vereinbaren mussten, die ihnen die Erfüllung ihres Versorgungsauftrags ermöglichen, handelte es sich letztlich nur um aus den vereinbarten Budgets abgeleitete, "nachrichtliche" Preise. Steuerungswirkungen der DRG-Preise wurden schließlich durch zwei Maßnahmen erzeugt: Die Preisunterschiede wurden per Gesetz eingeebnet

³⁸ Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass es vor Einführung der Fallpauschalen keine Preise i. e. S. gab. Vereinbart wurden kostendeckende, tagesgleiche Pflegesätze. Auf Preisunterschiede lässt sich dann nur mittelbar auf der Basis von Kosten- bzw. Ausgabenunterschieden bei vergleichbarer Fallzahl und Fallstruktur schließen.

³⁹ Damit entspricht der Basisfallwert dem Preis des Krankenhauses für einen standardisierten Behandlungsfall mit dem Schweregrad 1.

und die "Budgetneutralität" der Fallpauschalen wurde (ab dem Jahr 2005) beendet. Nach einer mehrjährigen Konvergenzphase gilt seit dem Jahr 2009 für alle Krankenhäuser auf Landesebene ein einheitlicher (Landes-) Basisfallwert. Die (voneinander abweichenden) Landesbasisfallwerte sollen nun über mehrere Jahre an ein (bundes-)einheitliches Niveau herangeführt werden (vgl. Fußnote 34).

Mit der administrierten Vereinheitlichung des Basisfallwerts wird ein für sich genommen ökonomisch sinnvoller Prozess quasi vorzeitig abgebrochen, denn die Offenlegung von Preisunterschieden hätte auch als Weichenstellung für eine Ressourcensteuerung durch wettbewerbliche Preise genutzt werden können. So aber bleibt wettbewerbliches Potential zur Erhöhung der Versorgungseffizienz ungenutzt. Die Einführung des DRG-Systems hat Transparenz bezüglich der Kostenstrukturen hergestellt, die Vergleichbarkeit von Krankenhausleistungen erhöht und damit den Wettbewerb sowie den Effizienzdruck verstärkt. Die Vereinheitlichung des Basisfallwerts setzt aber implizit voraus, dass die oben unter 4) und 5) genannten Gründe für Preisunterschiede – fehlende Vergleichbarkeit und fehlende Gleichheit der Leistungen – nicht (mehr) bestehen. Tatsächlich sind diese Umstände aber gegeben.

- Gleicher Preis für gleiche Leistung ist nur dann ökonomisch sinnvoll, wenn die Leistungen auch im Hinblick auf die Behandlungsqualität gleich sind. Die Behandlungsqualität wird aber in dem einheitlichen, der Vergütung zugrunde liegenden Klassifikationssystem nicht erfasst, es besteht somit keine vollständige Vergleichbarkeit der Leistungen.⁴⁰
- Selbst Behandlungsleistungen, die dieselben medizinischen Prozeduren umfassen und die mit gleicher Qualität erbracht werden, können z. B. je nach räumlicher und zeitlicher Verfügbarkeit oder je nach persönlicher Präferenz hinsichtlich alternativer Therapieansätze durch die Nachfrager (Kassen, Versicherte/Patienten) unterschiedlich bewertet werden. Die einheitlichen Leistungsdefinitionen schaffen unter diesen Umständen nur eine Scheinhomogenität – aus Sicht der Nachfrager stellen sich die Leistungen u. U. sehr uneinheitlich dar. Gleiche Preise führen dann nicht zu einem effizienten Angebot.

⁴⁰ Gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V sind zugelassene Krankenhäuser zwar zur Abgabe von strukturierten Qualitätsberichten verpflichtet, auf deren Basis Behandlungsqualitäten verglichen bzw. Qualitätsunterschiede ermittelt werden können. Diese Maßnahme dient jedoch der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und hat bislang keine Relevanz für die Vergütung.

Unterschiedliche Preise für stationäre Behandlungsleistungen mit identischer DRG-Zuordnung sind demnach nicht nur begründbar, sie wären unter Anreiz- und Effizienz Gesichtspunkten auch prinzipiell vorteilhaft. Um diese Vorteile zu erreichen, müssen sowohl die Verbindlichkeit einheitlicher Basisfallwerte als Preisbasis in der Vergütung als auch der Kontrahierungszwang der Krankenkassen zumindest gelockert werden.

3.3 Einwände gegen eine stärkere Preisdifferenzierung

Nun ist zu erwarten, dass der Ansatz eines stärkeren Preiswettbewerbs bei Lockerung des Kontrahierungszwanges in der stationären Versorgung auf Skepsis stoßen wird. Abgesehen von den Leistungsanbietern, auf die hierdurch der wettbewerbliche Anpassungsdruck zunähme, können auch aus ökonomischer Sicht Einwände geltend gemacht werden. Unterschiedliche Preise gewährleisten nicht per se einen höheren Effizienzgrad.

- Dem Argument, dass Preisunterschiede für Nachfrager besser erkennbar sind als Qualitätsunterschiede und daher zur Wettbewerbsintensivierung beitragen, kann entgegengehalten werden, dass Preisdifferenzierungen auch zu einer wachsenden Intransparenz des Angebots beitragen können.
- Mit Preisdifferenzierungen lassen sich zwar spezifische Angebots- und Nachfragebedingungen auf (lokalen) Teilmärkten abbilden und so gegenüber einheitlichen Preisen die Markteffizienz erhöhen; aber insoweit diese Teilmärkte durch lokale Monopole bzw. Marktmacht der Anbieter gekennzeichnet sind, können Preisdifferenzierungen auch die Generierung von Monopolrenten (bzw. das Abschöpfen von Konsumentenrenten) fördern.⁴¹
- Von einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs und von selektiven Vereinbarungen wird eine Differenzierung der Organisation medizinischer Versorgung erwartet. Diese Differenzierung ist positiv zu werten, insoweit sie als Ergebnis eines Wettbewerbs um optimale Versorgungsformen zustande kommt. Diesen möglichen positiven Wettbewerbseffekten wird häufig der Einwand zunehmender Intransparenz und steigender Transaktionskosten entgegengehalten. Selektivität in den Vertragsbeziehungen habe eine "Fragmentierung

⁴¹ So stellte die Monopolkommission fest, dass bei Abwesenheit spürbaren Preiswettbewerbs die ansonsten durch fusionsbedingte Marktmacht induzierten allokativen Effizienzverluste (missbräuchliche kurzfristige Preisanhebungen) ausbleiben (Monopolkommission 2008, S. 371). Gegenwärtig können Krankenhäuser auch in einer Monopolsituation ihre Preise nicht erhöhen (vgl. Augurzky et al. 2009, S. 16).

der Versorgungslandschaft" zur Folge, die nicht im Sinne der einheitlichen Leistungsansprüche der gesetzlich Versicherten sei und letztlich die Versicherten in ihrer Kassen- und Tarifwahl überfordere.

Damit stellt sich die Frage, wie die Rahmenbedingungen der Preisbildung in der stationären Versorgung gestaltet sein müssen, damit dort Preiswettbewerb zu den erwünschten Effizienzsteigerungen führen kann. Um diese Frage zu beantworten, sollen zunächst zwei "Realtypen" von unterschiedlichen Preisen für Krankenhausleistungen kritisch betrachtet werden: das System "flexibilisierter Verhandlungspreise"⁴² in Deutschland vor der beabsichtigten Umstellung auf bundeseinheitliche Preise sowie die Preisdifferenzierung auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt.

3.3.1 Preisunterschiede für Krankenhausleistungen in Deutschland

Bevor für Krankenhäuser in Deutschland bundeseinheitliche Fallpauschalen gelten, gab und gibt es für Krankenhausleistungen unterschiedliche Preise. Allerdings resultier(t)en diese Preisunterschiede nicht aus einem Preiswettbewerb. Leistungsbezogene Preise wurden durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) erstmals im Jahr 1996 in der Krankenhausvergütung eingeführt. Hiermit wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. Abgerechnet wurden Krankenhausleistungen nach einem "Mischsystem" aus tagessgleichen Pflegesätzen (Abteilungs-, Basis- und teilstationäre Pflegesätze) sowie behandlungsfallbezogenen Pauschalen und Sonderentgelten. Die damaligen Fallpauschalen wurden nach Leistungsart und Diagnosen differenziert. Mit dem Fallpauschalengesetz (2002) wurde dieses Mischsystem schließlich auf ein umfassendes leistungsbezogenes Fallpauschalensystem auf der Grundlage diagnosebezogener Fallgruppen (DRG) umgestellt. Seit dem Jahr 2004 ist die Abrechnung auf der Grundlage der DRG-Klassifikation verpflichtend.

Für Krankenhausleistungen gibt es demnach differenzierte leistungsbezogene Preise, und es gab sie bereits vor dem Jahr 2004 zumindest für den Teil der Krankenhausleistungen, der nach den damaligen Fallpauschalen abgerechnet wurde. Allerdings sind bzw. waren diese Preise in mehrfacher Hinsicht gesetzlich reguliert. Sowohl auf das teilweise fallpauschalierte Vergütungssystem als auch auf das DRG-Fallpauschalensystem treffen folgende Merkmale zu, die mit einer wettbewerblichen Preisbildung nicht vereinbar sind:

⁴² Vgl. Institut für Gesundheitsökonomik (2008), S. 10.

- Preisniveau und Preisstruktur sind für die Fallpauschalen jeweils separat geregelt. Auf Bundeslandebene wird durch die Vertragsparteien auf Landesebene ein landeseinheitliches Preisniveau vereinbart.⁴³ Im Zuge der Umstellung auf das DRG-System gab es eine mehrjährige Konvergenzphase mit krankenhausindividuellen Preisniveaus, die sich jedoch innerhalb eines sich sukzessive verengenden Korridors um den landeseinheitlichen Wert befinden mussten. Die Preisstruktur wird auf Bundesebene geregelt, indem die Spitzenverbände der Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bundeseinheitliche Bewertungsrelationen festlegen.
- Zwischen den individuellen Krankenhausträgern auf der einen Seite und den Sozialleistungsträgern⁴⁴ auf der anderen Seite wird auf der Grundlage der bundes- bzw. landeseinheitlichen Vorgaben dann das Krankenhausbudget ("Gesamtbetrag") prospektiv verhandelt und vertraglich vereinbart. Individuelle Abweichungen von den preisbezogenen Vorgaben auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser sind nur in Randbereichen möglich – und auch dort gesetzlich geregelt. Dies betrifft z. B. mögliche Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen, die zwar für einzelne Krankenhäuser vereinbart werden; die Vertragspartner haben sich aber primär auf die Prüfung zu beschränken, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag gemäß den bundeseinheitlichen Regelungen vorliegen. Auch die Abstufung der Preise im Rahmen der so genannten Minder- und Mehrerlösausgleiche – also in Fällen, in denen das prospektiv vereinbarte Budget nicht dem tatsächlich erbrachten Leistungen entspricht – sind gesetzlich geregelt. Allein im Jahr 2009 sollen die Vertragsparteien auf Ebene des einzelnen Krankenhauses den Abschlag vom Landesbasisfallwert bei Mehrleistungen festlegen.
- Die Preis- und Budgetvereinbarungen stehen zudem unter der Vorgabe der Beitragssatzstabilität. Demnach darf die Veränderung des

⁴³ Vor dem Jahr 2004 vereinbarten die Vertragsparteien auf Landesebene nach § 16 BpflV "jeweils einen landesweit geltenden Punktwert für den Personalkosten- und den Sachkostenanteil der Entgelte". Seit dem Jahr 2009 werden auf Landesebene einheitliche Landesbasisfallwerte vereinbart.

⁴⁴ Neben den Krankenkassen als die bedeutendsten Kostenträger von Krankenhausleistungen kommen auch andere Sozialleistungsträger in Frage (z. B. Sozialhilfe). Die Kostenträger können für die Vergütungsverhandlungen auch Arbeitsgemeinschaften bilden. Voraussetzung für die Teilnahme an den Vergütungsverhandlungen ist, dass auf den Kostenträger im Vorjahr mehr als 5 % der Berechnungstage des Krankenhauses entfielen.

Preisniveaus⁴⁵ die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder nicht überschreiten. Im teilweise fallpauschalierten Vergütungssystem vor dem Jahr 2004 bezog sich die Vorgabe der Beitragssatzstabilität auch auf die Vereinbarung des Krankenhausbudgets ("Gesamtbetrag") auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses, allerdings mit einigen Ausnahmeregelungen.

Im Ergebnis führen diese Rahmenbedingungen dazu, dass es seit dem Ende der Konvergenzphase Preisunterschiede für Krankenhausleistungen nur noch gemäß dem bundeseinheitlichen Differenzierungssystem der diagnosebezogenen Fallgruppen gibt und – zumindest noch für die nächsten Jahre – zwischen den Bundesländern. Die Preise haben unbestritten auch im DRG-Fallpauschalensystem Steuerungswirkungen, aber die Preise selbst sind nicht das Ergebnis von Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungsanbietern um die individuellen Nachfrager. Dies gilt letztlich auch für die stärker ausgeprägten Preis- bzw. Vergütungsunterschiede in den Jahren vor dem Ende der Konvergenzphase.

Aus der Perspektive des einzelnen Leistungsanbieters gibt es heute für sämtliche durch das DRG-System erfassten Krankenhausleistungen keine Möglichkeit zur Preisdifferenzierung. Der einzige, gegenwärtig noch bestehende Spielraum für eine Differenzierung der Preise besteht auf der Ebene der Bundesländer durch Vereinbarung eines landesspezifischen Preisniveaus. Doch auch dieser Spielraum wird in den nächsten Jahren weiter eingeschränkt (vgl. Fußnote 34). Auf der Grundlage der vorangegangenen Ausführungen kann aber die Schlussfolgerung hieraus nicht sein, zum Status quo ante zurückzukehren, auch wenn dort insgesamt ausgeprägtere Preis- bzw. Vergütungsunterschiede bestanden. Die damaligen Preis- und Vergütungsunterschiede sind keine Referenz für eine Preisdifferenzierung, wie sie unter Wettbewerbsbedingungen zur Effizienzsteigerung beitragen soll – und zwar aus folgenden Gründen:

- Vor Einführung der Fallpauschalen wurden zwar Pflegesätze krankenhausindividuell mit den Krankenkassen vereinbart. Dabei handelte es sich aber nicht um Preise i. e. S., denn primär wurde zwischen den Vertragsparteien ein Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung vereinbart. Die Pflegesätze waren dann auf der Grundlage dieses Budgets zu vereinbaren und hatten damit eher die Funktion reiner Rechengrößen zur Verteilung

⁴⁵ Diese Vorgabe bezieht sich auf die vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts auf Landesebene (§ 10 Abs. 4 KHEntgG). Im teilweise fallpauschalierten Vergütungssystem vor dem Jahr 2004 bezog sich die Vorgabe auf die Vereinbarung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene (damals: § 6 Abs. 2 BPflV).

des Budgets.⁴⁶ Für die Ermittlung der Pflegesätze gab es weitere gesetzliche Vorgaben (z. B. "nach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung", "für jede organisatorisch selbständige bettenführende Abteilung"). Insgesamt handelte es sich also nicht um "flexibilisierte Verhandlungspreise".

- Die krankenhausindividuell vereinbarten Pflegesätze waren als (vermeintliche) Preise nicht leistungsbezogen, sondern zeitraumbezogen ("tagesgleich") definiert. Ein fehlender unmittelbarer Leistungsbezug von Preisen ist jedoch nicht per se ineffizient und kann durchaus auch Ergebnis eines wettbewerblichen Preisbildungsprozesses sein. Gerade Krankenkassen dürften im Wettbewerb bemüht sein, stärker pauschalierte anstatt einzelleistungsbezogene Vergütungen zu vereinbaren. Eine zeitraumbezogene Vergütung kann hierbei eine sehr starke Form der Pauschalierung darstellen. Der fehlende Leistungsbezug der tagesgleichen Pflegesätze war jedoch nicht Ergebnis eines Preiswettbewerbs, sondern gesetzlich vorgegeben.
- Erst die allgemeinen Leistungsdefinitionen, die mit der Einführung der Fallpauschalen zur Verfügung standen, machten leistungsbezogene Preisunterschiede überhaupt sichtbar.⁴⁷ Diese Preisunterschiede resultierten aber nicht aus wettbewerblichen Preisverhandlungen, sondern aus den historischen Budgetvereinbarungen. Die Veränderungen dieser Preisunterschiede in den Jahren nach Einführung von Fallpauschalen war ebenfalls nicht das Ergebnis von Preiswettbewerb, sondern wurde überwiegend durch den gesetzlich determinierten Konvergenzprozess gesteuert.
- Die Preisunterschiede, die die Einführung und Umstellung auf Fallpauschalen zu Tage förderte, konnten zumindest nicht mit Blick auf Leistungs- und Qualitätsunterschiede systematisch erklärt werden. Dies gilt auch für die nach wie vor bestehenden Preisniveauunterschiede zwischen den Bundesländern.⁴⁸ Für eine (regulierte) Preisdifferenzierung stellen Bundesländer keine adäquate Bezugsgröße dar, denn die für einen effizienten Preiswettbewerb relevanten Unterschiede (z. B. bezüglich regionaler Kostenniveaus und -strukturen)

⁴⁶ Vgl. § 12 Abs. 1 und § 13 Abs. 1 der BPfIV mit Stand 22.12.1999.

⁴⁷ Vor Einführung des DRG-Systems gab es Fallpauschalendefinitionen im bundesweiten Entgeltkatalog für Fallpauschalen nach § 17 Abs. 2a KHG.

⁴⁸ Vgl. Augurzky et al. 2009, S. 22: "Es dürfte sich aber schwerlich ein Grund finden lassen, weshalb das eher ländlich geprägte Rheinland-Pfalz deutlich teurer ist als das städtisch geprägte Bundesland Nordrhein-Westfalen oder als die Stadtstaaten."

sind i. d. R. innerhalb von Bundesländern größer als zwischen den Bundesländern.

Für die Wirkung von mehr Preiswettbewerb im Krankenhausbereich gibt es demnach in Deutschland – trotz einer geringeren unmittelbaren Preisregulierung in der Vergangenheit – keine Erfahrungswerte. Als zweiter "Realtyp" für Preisunterschiede in der stationären Versorgung soll daher kurz der US-amerikanische Krankenhausmarkt betrachtet werden, denn zumindest lässt sich dort eine sehr ausgeprägte Preisdifferenzierung beobachten.

3.3.2 Preisdifferenzierung auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt

In den USA unterhält jedes Krankenhaus eine eigene Preisliste ("chargemaster").⁴⁹ Diese Listen können jeweils bis zu 20.000 Positionen enthalten, die mindestens jährlich von jedem Krankenhaus auf unterschiedliche Art und Weise angepasst werden. Zur Veröffentlichung der Preisliste verpflichtet sind die Krankenhäuser, mit Ausnahme Kaliforniens, nicht. Der "chargemaster" lässt sich als Maximalpreis-Liste interpretieren, auf deren Grundlage mit den jeweiligen Nachfragergruppen nach unterschiedlichen Systemen die effektiven Preise bestimmt bzw. vereinbart werden. Dabei können drei Kategorien von Nachfragern unterschieden werden:

- staatliche Versicherungssysteme (Medicare, Medicaid),
- private Versicherungsunternehmen,
- Selbstzahler (inkl. der in den USA vergleichsweise großen Gruppe der Unversicherten).

Die Effektivpreise werden bestimmt als

- Fallpauschalen mit oder ohne DRGs,
- Episoden- oder Tagespauschalen,
- Gebühren für Einzelleistungen nach Preisliste mit oder ohne Rabatte.

Für ambulante Leistungen, die durch das Krankenhaus erbracht werden, gelten i. d. R. andere Preissysteme. Eine Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen verlangt das staatliche Medicare-Programm, auf das 28,2 % der gesamten Ausgaben für Krankenhausleistungen im Jahr 2007 entfielen.⁵⁰

⁴⁹ Darstellung der Verhältnisse auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt auf der Grundlage von Reinhardt (2006) sowie Reinhardt (2009).

⁵⁰ Quelle: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>

Ähnlich wie im deutschen System werden Preisniveau und Preisstruktur jeweils separat bestimmt. Der Basisfallwert ("base payment amount") wird jährlich an regionale krankenhaushausrelevante Kostenunterschiede angepasst.⁵¹ Beim staatlichen Medicaid-Programm, mit einem Anteil an den gesamten Krankenhausausgaben von 17,2 % im Jahr 2007, dominieren als Preisformen Tagespauschalen oder DRG-Fallpauschalen, letztere häufig als Prozentsatz der DRG-Fallpauschalen im Medicare-Programm. Allerdings variieren die Verhältnisse zwischen den einzelnen Bundesstaaten.

Die privaten Krankenversicherer bestritten knapp 37 % der Krankenhausausgaben im Jahr 2007. Sie nutzten dabei die gesamte Palette möglicher Preisformen, darunter auch DRG-Fallpauschalen in Anlehnung an die Medicare-Klassifikation, wobei sie i. d. R. abweichende Bewertungsrelationen verwenden. Zudem bezahlen die Privatversicherer die Leistungen nicht für alle Krankenhäuser nach derselben Methode. Vergütungen bzw. Preise werden zwischen den privaten Krankenversicherern und den Krankenhäusern jährlich verhandelt, die Ergebnisse werden als Gegenstand privater Verträge nicht veröffentlicht.

Von Selbstzahlern verlangen die Krankenhäuser i. d. R. ihre Preise gemäß "chargemaster". Da sich unter den Selbstzahlern auch die Patienten ohne Krankenversicherungsschutz befinden, kam es angesichts der teilweise hohen Summen häufig zu Problemen beim Forderungseinzug (Inkasso). Infolge öffentlichen Drucks sind Krankenhäuser vermehrt dazu übergegangen, an Bedürftigkeitsnachweise gekoppelte Preisrabatte zu gewähren bzw. sehr arme Patienten unentgeltlich zu behandeln.

In der Preisbildung für Krankenhausleistungen in den USA manifestiert sich ein stark fragmentierter Markt. Die starke Preisdifferenzierung wird überwiegend nicht als Ergebnis eines effizienten Preiswettbewerbs angesehen. Es wird bemängelt, dass die teilweise sehr hohen Preisunterschiede für gängige stationäre Behandlungen – soweit sie überhaupt transparent werden – nicht durch Leistungs- bzw. Qualitätsunterschiede zu erklären sind. Statt dessen spiegeln sich in ihnen primär Marktsegmentierung und Preisdiskriminierung wider. Beides wird den Krankenhäusern dadurch ermöglicht, dass Krankenhausmärkte weitgehend lokal voneinander abgrenzbar sind und zusätzlich die Nachfrage in unterschiedliche Versicherungssysteme bzw. Selbstzahler fragmentiert ist. Allerdings wird kontrovers diskutiert,

⁵¹ Auch für die Krankenhäuser in Deutschland soll sich die Veränderung des Preisniveaus (Basisfallwert) zukünftig an der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich und nicht mehr an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder orientieren. Das Statistische Bundesamt soll zu diesem Zweck bis Jahresmitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln.

inwieweit die Krankenhäuser Preisdiskriminierung aus einem intrinsischen Gewinnmaximierungskalkül heraus betreiben mit dem Ziel, zusätzlich Konsumentenrente abzuschöpfen. Eine alternative Erklärung wäre, dass die Preise, die gegenüber den nachfragemächtigen staatlichen Versicherungssystemen maximal abgerechnet werden können, nicht kostendeckend sind und die Krankenhäuser daher geradezu dazu genötigt sind, in den anderen Nachfragesegmenen höhere Preise zu verlangen, um rentabel zu bleiben (Reinhardt 2006, S. 63 f.).

Im internationalen Vergleich sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den USA am höchsten, ohne dass dies durch eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder eine höhere Morbidität befriedigend erklärt werden könnte (vgl. Anderson et al. 2003; McKinsey 2008). Es liegt daher nahe, diese vergleichsweise hohen Ausgaben darauf zurückzuführen, dass die Anbieter von Gesundheitsleistungen in den USA in der Lage sind, höhere Preise durchzusetzen. Zur größeren Preissetzungsmacht wiederum trägt bei, dass die Nachfrageseite – trotz größerer staatlicher Versicherungsprogramme – insgesamt im internationalen Vergleich stärker fragmentiert ist und somit weniger monopsonistische „Gegenmacht“ entfaltet (Reinhardt et al. 2004: S. 13). Der Befund aus dem internationalen Vergleich spricht also eher dafür, dass die ausgeprägte Preisdifferenzierung auf dem US-Krankenhausmarkt mit einer Abschöpfung ökonomischer Renten durch die Leistungsanbieter einhergeht.

Ein weiterer kritischer Aspekt der ausgeprägten Preisdifferenzierung bei Krankenhausleistungen in den USA sind die dadurch verursachten Transaktionskosten. Infolge der Vielfalt unterschiedlicher Preis- und Abrechnungssysteme müssen die Krankenhäuser entsprechend große und qualifizierte Personalressourcen in den Abrechnungsabteilungen unterhalten. Auf Seiten der Versicherer gibt es einen entsprechenden Bedarf an „clearinghouse“-Dienstleistungen, die Abrechnungen auf der Basis der zahlreichen unterschiedlichen Abrechnungssysteme der einzelnen Krankenhäuser ermöglichen. Hieraus resultieren hohe administrative Kosten in der Gesundheitswirtschaft, die ebenfalls als einer der hauptsächlichen Faktoren für die im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben in den USA gesehen werden (McKinsey 2008, Reinhardt et al. 2004: S. 13 ff.).

3.4 Rahmenbedingungen und Gestaltungsoptionen für einen effizienten Preiswettbewerb von Krankenhäusern

Die vorigen Ausführungen haben gezeigt, dass

- das gegenwärtige Preissystem für Krankenhausleistungen in Deutschland Effizienzpotentiale nicht erschließt, die in einer wettbewerblichen Preisbildung liegen;
- eine wettbewerbliche und differenziertere Preisbildung prinzipiell dem Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ nicht widerspricht, sondern – im Gegenteil – diesen konsequent fortführt;
- die heutigen und früheren Preisunterschiede auf dem deutschen Krankenhausmarkt weder das Ergebnis von Preiswettbewerb noch ökonomisch effizient waren;
- eine ausgeprägte Preisdifferenzierung, wie sie auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt zu beobachten ist, nicht gleichbedeutend mit Wettbewerb und Effizienz ist, sondern primär auch Ausdruck von Marktsegmentierung, Preisdiskriminierung und Ineffizienzen sein kann.

Die Herausforderung für die Gestaltung der Rahmenbedingungen des Krankenhausbereichs besteht nun darin, Handlungsspielräume für einen Preiswettbewerb zu schaffen, der effizienzerhöhend wirken kann. Das bedeutet eine Weiterentwicklung des gegenwärtigen Preissystems, das die für die Nachfrage spürbare Wettbewerbsintensität der Leistungsanbieter beschränkt auf Kostensenkung bis zum Durchschnittsniveau und auf die oft wenig transparente Leistungsqualität. Eine solche Weiterentwicklung kann weder in einer Rückkehr zum Status quo ante bestehen, noch sollte sie zu Marktverhältnissen führen, wie sie in den USA zu beobachten sind.

Die Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht voneinander. Dennoch verdeutlicht der US-amerikanische Krankenhausmarkt, worin die Gestaltungsaufgaben und -ziele liegen, wenn mehr und effizienzerhöhender Preiswettbewerb bei Krankenhausleistungen erreicht werden soll. Im Wesentlichen geht es um die Optimierung von Art und Grad der im Wettbewerb ermöglichten Preisdifferenzierungen. Es handelt sich um ein Optimierungsproblem deshalb, weil Preisdifferenzierungen in ihren unterschiedlichen Formen grundsätzlich sowohl positiv als auch negativ auf die Effizienz wirken können und darüber hinaus mit u. U. politisch unerwünschten Verteilungswirkungen einhergehen (siehe Exkurs Preisdifferenzierung).

- Von einer Preisdifferenzierung sind positive Effizienzeffekte zu erwarten, wenn sie verglichen mit dem Status quo dazu führt, den Kostenwettbewerb zu intensivieren sowie Angebotsunterschiede transparenter zu machen und dabei auch die vorhandene Leistungsheterogenität im Hinblick auf örtliche, zeitliche und qualitative Präferenzunterschiede abzubilden. Positive Wirkungen einer Preisdifferenzierung können sich auch darin manifestieren, dass zusätzliche Angebo-

te für bislang nicht bediente Nachfragesegmente geschaffen werden (z. B. in unterversorgten Gebieten) oder die Innovationsbereitschaft von Anbietern gesteigert wird.

- Eine Preisdifferenzierung kann negative Effizienzeffekte haben, insofern höhere Preise für bestimmte Marktsegmente Nachfrage zurückdrängen, die nicht durch Mehrnachfrage in Segmenten mit niedrigeren Preisen ausgeglichen wird. Effizienzmindern wäre auch, wenn die Kosten der Preisdifferenzierung (Transaktionskosten) die durch sie ermöglichten Effizienzgewinne übersteigen. Schließlich werden gerade in Gesundheitssystemen die Verteilungswirkungen von Preisdifferenzierung negativ gewertet, wenn mit ihr Leistungsanbieter in die Lage versetzt werden, ihre teilweise monopolistische Marktmacht zum stärkeren Abschöpfen von ökonomischen Renten zu nutzen.

Exkurs: Preisdifferenzierung

Unter Preisdifferenzierung versteht man das Anbieten gleicher Produkte zu unterschiedlichen Preisen. Preisdifferenzierung liegt nur dann vor, wenn die Unterschiede in den Preisen nicht die Unterschiede in den Produktionskosten widerspiegeln. Voraussetzung für eine Preisdifferenzierung ist, dass Anbieter in der Lage sind, die Marktnachfrage zu segmentieren. Gelingt dies, können die Anbieter mit einer Preisdifferenzierung ihren Gewinn steigern, indem sie die Zahlungsbereitschaft von Nachfragern gezielter abschöpfen. Hierdurch verwandeln sie, ökonomisch ausgedrückt, Konsumentenrente in Produzentenrente. Die Konsumentenrente entspricht der Differenz zwischen der individuellen Wertschätzung eines Gutes (Zahlungsbereitschaft) und dem Marktpreis; die Produzentenrente entspricht der Differenz zwischen dem Marktpreis und dem Reservationspreis des Produzenten, also dem minimalen Preis, den der Anbieter angesichts seiner Produktionskosten akzeptieren würde. Im einfachsten Fall stellt die Summe aus Konsumenten- und Produzentenrente ein gesellschaftliches Wohlfahrtsmaß, den ökonomischen ("sozialen") Überschuss, dar. Der ökonomische Überschuss entspricht der Differenz aus der – in Geld gemessenen – gesellschaftlichen Wertschätzung für eine bestimmte Menge eines Gutes und den Kosten, die bei der Produktion dieser Gütermenge entstehen.

Die Effizienzwirkung einer Preisdifferenzierung wird an der Veränderung des ökonomischen Überschusses gemessen. Führt eine Preisdifferenzierung im Vergleich zur Situation ohne Preisdifferenzierung zu einer Mengenausweitung, steigt in aller Regel der ökonomische Überschuss. Die wohlfahrtsmaximale Menge und damit der höchste Effizienzgrad werden realisiert, wenn die angebotene Menge solange ausgedehnt wird, wie noch ein

Nachfrager bereit ist, für eine zusätzliche Mengeneinheit die Produktionskosten dieser zusätzlichen Mengeneinheit (Grenzkosten) zu zahlen. Unter den Idealbedingungen der vollständigen Konkurrenz wird der maximale ökonomische Überschuss erreicht, da hier der Preis den Grenzkosten entspricht. Die Aufteilung des gesamtgesellschaftlichen Überschusses auf Konsumentenrente und Produzentenrente ist zwar verteilungspolitisch relevant, für die Effizienzbetrachtung spielt sie hingegen keine Rolle.

Es werden drei Arten von Preisdifferenzierung unterschieden.

Preisdifferenzierung 1. Grades (perfekte Preisdifferenzierung)

Bei der Preisdifferenzierung 1. Grades sind die Preise von Person zu Person unterschiedlich und entsprechen exakt der individuellen Zahlungsbereitschaft. In der Realität ist diese perfekte Preisdifferenzierung nicht anzutreffen, da die Anbieter die individuelle Zahlungsbereitschaft i. d. R. nicht kennen. Ein Beispiel für den Versuch einer Preisdifferenzierung 1. Grades ist die im 18. Jahrhundert gängige Praxis der Landärzte, sich ihre Leistungen nach der Kaufkraft des jeweiligen Patienten bezahlen zu lassen.

Perfekte Preisdifferenzierung ist gemessen am Kriterium des ökonomischen Überschusses allokativ effizient, da ein Anbieter jede zusätzliche Mengeneinheit, für die es noch eine im Vergleich zu den Produktionskosten höhere Zahlungsbereitschaft gibt, auch anbietet. Die auf dem Markt realisierten Mengen entsprechen damit denen, die sich auch bei vollständiger Konkurrenz ergäben. Jedoch ist das Ergebnis aus verteilungspolitischer Perspektive stark asymmetrisch, da der Monopolist die gesamte Konsumentenrente abschöpft.

Preisdifferenzierung 2. Grades (produktabhängige Preise)

Bei der Preisdifferenzierung 2. Grades wird der Preis von quantitativen, qualitativen oder zeitlichen Aspekten abhängig gemacht (z. B. Mengenrabatte). Dieser Preis gilt dann für alle Nachfrager, die eine bestimmte Menge, Qualität oder zu einem bestimmten Zeitpunkt kaufen. Der Monopolist kennt die Zahlungsbereitschaft der einzelnen Individuen nicht; er bietet ein Menü von Preis-Mengen- bzw. Preis-Qualitäts- oder Preis-Zeitpunkt-Kombinationen an, die Nachfrager selektieren sich selbst durch ihr Kaufverhalten. Ein Beispiel für die mengenbezogene Preisdifferenzierung 2. Grades aus dem Gesundheitssektor sind Arzneimittelrabattverträge, bei denen der Hersteller ab einer bestimmten (garantierten) Absatzmenge den Preis je Einheit senkt. Eine qualitätsbezogene Preisdifferenzierung 2. Grades liegt z. B. vor, wenn unterschiedliche Kombinationen aus Warte-

zeiten und Behandlungskosten oder aus Garantieleistungen und Behandlungskosten angeboten werden. Eine zeitbezogene Preisdifferenzierung 2. Grades liegt schließlich vor, wenn die gleiche ärztliche Behandlung am Wochenende für einen höheren Preis angeboten würde.

Im Vergleich zu den Idealsituationen der vollständigen Konkurrenz oder der perfekten Preisdifferenzierung führt die Preisdifferenzierung 2. Grades gemessen an der realisierten Menge zu weniger effizienten Marktergebnissen. Aus Perspektive des Konsumenten ist die Preisdifferenzierung 2. Grades u. U. günstiger, weil im Allgemeinen die Konsumentenrente nicht vollständig abgeschöpft wird. Der Wohlfahrtseffekt im Vergleich zu einem einheitlichen Monopolpreis kann hingegen durchaus positiv sein; zumindest lässt sich zeigen, dass ausgehend vom Monopolpreis durch die Einführung zusätzlicher optionaler Tarife die Situation sowohl des Anbieters als auch der Nachfrager verbessert werden kann. Beispielsweise kann ein Anbieter für die Nachfrager mit der höchsten Abnahmemenge ein Rabattsystem einführen, bei dem nur für die Mengen, die über die bisherige Abnahmemenge hinausgehen, ein geringerer Stückpreis zu zahlen ist (so genannter "angestoßener Rabatt"). Für Nachfrager ist dies wohlfahrtserhöhend, wenn ihre Zahlungsbereitschaft über dem neuen Preis für zusätzliche Mengeneinheiten liegt. Für andere Nachfrager ist die neue Option irrelevant – sie bleiben aufgrund ihrer geringen Zahlungsbereitschaft beim alten Monopolpreis. Für den Anbieter ist die Option gewinnsteigernd, solange der neue Preis über seinen Grenzkosten liegt. Optionale Tarife führen in aller Regel zu einer Wohlfahrtssteigerung, solange die Nachfrager Konsumenten sind. Wenn die Nachfrager Unternehmen sind, die miteinander im Wettbewerb stehen, können optionale Tarife auch negative Wohlfahrtskonsequenzen haben: Räumt ein Leistungserbringer einer großen Versicherung einen angestoßenen Rabatt ein, verschlechtert sich die Wettbewerbsposition kleinerer Versicherungen, und evtl. entstehen auf dem Versicherungsmarkt negative Wohlfahrtseffekte, insbesondere wenn es zum Marktaustritt kleiner Versicherungen kommt.

Die Wohlfahrtswirkungen der Preisdifferenzierung 2. Grades hängen daher in hohem Maße von den konkreten Marktbedingungen ab, so dass keine allgemeingültigen Aussagen über sie getroffen werden können.

Preisdifferenzierung 3. Grades (konsumentenabhängige Preise)

Bei der Preisdifferenzierung 3. Grades wird das gleiche Gut unterschiedlichen Personengruppen zu unterschiedlichen Preisen angeboten. Mögliche Formen sind die räumliche Preisdifferenzierung, die zeitliche sowie die persönliche Preisdifferenzierung nach bestimmten sozio-ökonomischen Merk-

malen (z. B. Studenten- oder Rentenermäßigungen). Voraussetzungen sind, dass erstens diese Gruppen unterschiedliche Preiselastizitäten aufweisen und zweitens der Weiterverkauf der Güter (Arbitrage) weitgehend unmöglich ist oder unterbunden werden kann. Im Gesundheitsbereich stellt die unterschiedliche Vergütung von vergleichbaren ärztlichen Behandlungen in GKV und PKV eine Form der Preisdifferenzierung 3. Grades dar. Ein weiteres Beispiel ist die Differenzierung der Arzneimittelpreise nach unterschiedlichen Ländern, insoweit Re- und Parallelimporte verhindert oder zumindest begrenzt werden können.

Der bei Preisdifferenzierung 3. Grades erreichte Effizienzgrad ist geringer, als er bei vollständiger Konkurrenz oder perfekter Preisdifferenzierung wäre. Über den Wohlfahrtseffekt im Vergleich zu einem einheitlichen Monopolpreis können hingegen keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden, da in dem Marktsegment mit niedriger Elastizität die Wohlfahrt durch Preiserhöhung sinkt, in dem Marktsegment mit hoher Elastizität die Wohlfahrt infolge der Preissenkung steigt. Der Gesamteffekt hängt vom konkreten Ausmaß der Unterschiede zwischen den Preiselastizitäten in den jeweiligen Marktsegmenten ab. Die Preisdifferenzierung 3. Grades führt i. d. R. zu Umverteilung von Gruppen mit niedriger Elastizität zu Gruppen mit hoher Elastizität und zum Monopolisten. Im Vergleich zu einem einheitlichen Monopolpreis kann die Preisdifferenzierung 3. Grades dann eine Wohlfahrtssteigerung bewirken, wenn die insgesamt abgesetzte Menge steigt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn bei Preisdifferenzierung Nachfragegruppen zum Zuge kommen, die bei einheitlichem Preis nicht gekauft haben.

Das Beispiel des US-amerikanischen Krankenhausmarktes hat gezeigt, dass insbesondere die Fragmentierung der Nachfrageseite sowie die Preistransparenz maßgeblich dazu beitragen, dass überwiegend negative Effizienz- und Verteilungswirkungen von Preisdifferenzierungen ausgehen. Die Ausgangsbedingungen auf dem Krankenhausmarkt in Deutschland sind im Hinblick auf beide Faktoren vergleichsweise günstig.

- Die Nachfragestruktur auf dem Krankenhausmarkt in Deutschland unterscheidet sich von derjenigen in den USA deutlich, so dass eine vergleichbare Entwicklung weniger wahrscheinlich ist: Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen durch Versicherungen ist in Deutschland gegenwärtig weit weniger fragmentiert. Die Vergütungsvereinbarungen werden zwischen dem einzelnen Krankenhausträger auf der einen Seite und allen Kostenträgern (mit einem mehr als 5%igen Anteil an den Belegungstagen im Vorjahr) auf der anderen Seite getroffen. Zwar würde die durch gemeinsamen Auftritt starke Verhandlungsposition der Krankenversicherer tendenziell ge-

schwächt, wenn – wie in der ambulanten Versorgung – die Möglichkeit für Selektivverträge (auch jenseits von Modellvorhaben und IV-Verträgen) bestünde. Jedoch bewirken zunehmende, mittlerweile auch kassenartenübergreifende Fusionen unter den Krankenkassen eine Marktkonzentration mit dem Ziel, monopsonistische Verhandlungsmacht zu erzielen. Darüber hinaus gibt es in Deutschland keine große Gruppe von unversicherten Personen, die in den USA als die am meisten durch Preisdiskriminierung benachteiligten Nachfrager galten.

- Mit dem DRG-System wurde in Deutschland ein Preis- und Abrechnungssystem eingeführt, das mittlerweile von nahezu allen Krankenhäusern verbindlich eingesetzt wird und das alle Krankenkassen und auch die privaten Krankenversicherer ihren Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenhäusern zugrunde legen. Damit besteht eine auch im internationalen Vergleich herausragende Basis zur Schaffung von Preistransparenz auch bei größeren preiswettbewerblichen Spielräumen. Transaktionskosten durch „clearinghouse“-Dienstleistungen können vermieden werden.

Trotz also relativ günstiger Ausgangsbedingungen besteht eine Unsicherheit darüber, welche konkreten Ausprägungen Preiswettbewerb sowie damit einhergehende Preisdifferenzierungen hätten und wie sie sich auf die stationäre Versorgung auswirkten. In der Gesundheitsversorgung besteht weit weniger als in den meisten anderen Wirtschaftsbereichen eine allgemeine Bereitschaft, derartige Unsicherheiten zu tolerieren und Wettbewerb als prinzipiell ergebnisoffenen Prozess der Suche nach optimalen Lösungen zu akzeptieren. Diesem Umstand Rechnung tragend, sollte der Weg zu mehr Preiswettbewerb im Sinne eines kontrollierten Übergangs beschritten werden. Dafür spricht auch, dass sich weitere Rahmenbedingungen, die die Funktionsfähigkeit eines Preiswettbewerbs zwischen Krankenhäusern beeinflussen, verändern. Dies trifft insbesondere auf die Qualitätstransparenz in der stationären Versorgung zu. Erst seit wenigen Jahren werden vermehrt Maßnahmen angestoßen, die die Qualitätstransparenz erhöhen sollen.⁵²

⁵² So müssen nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren strukturierte Qualitätsberichte veröffentlichen. Über die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen hinaus werden ebenfalls verstärkt Bemühungen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz unternommen. Beispiele hierfür sind das privat finanzierte, nicht-kommerzielle Internetportal „Weiße Liste“, mit dem sich Patienten und deren Angehörige über die Qualität der Behandlungsanbieter informieren können, sowie das Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QSR) des AOK-Bundesverbands und der HELIOS Kliniken.

Als Grundlage des kontrollierten Übergangs sollte daher das bisherige Vergütungs- und Verhandlungssystem fortbestehen und in seiner Systematik so weit wie möglich unverändert bleiben. Gleichzeitig sollten neben dem alten System alternative wettbewerbliche Optionen geschaffen werden, ähnlich dem Vorgehen in der ambulanten Versorgung. Betrachtet man die konkret zur Verfügung stehenden Gestaltungsoptionen, erscheint ein solches Vorgehen realistisch und umsetzbar.

Der Ausgangspunkt der Schaffung von mehr Preiswettbewerb sollte grundsätzlich das gegenwärtige DRG-Preissystem sein. Spielräume für mehr Preiswettbewerb werden dadurch geschaffen, dass es einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausträgern möglich ist, in ihrem Leistungsangebot von den einheitlichen DRG-Fallpauschalen abzuweichen – und zwar in beide Richtungen. Die Rahmenbedingungen können nun bezüglich der Spielräume und der Form der Abweichung unterschiedlich gestaltet werden. Die drei zentralen Gestaltungsdimensionen sind dabei die leistungsbezogene Preisdifferenzierung, die vertragspartnerbezogene Preisdifferenzierung und das Vertragssystem für Preisdifferenzierung.

3.4.1 Leistungsbezogene Preisdifferenzierung

Gegenwärtig werden im DRG-Vergütungssystem sowohl die Beschreibung des Leistungsangebots (in Form von diagnosebezogenen Fallgruppen als Abrechnungseinheiten), als auch die Preisstruktur und das Preisniveau für einzelne Krankenhäuser verbindlich (und bundes- bzw. landeseinheitlich) vorgegeben. Spielräume für mögliche Abweichungen hiervon können im Hinblick auf alle drei Aspekte geschaffen werden. Im Sinne einer kontrollierten Lockerung wäre ein sukzessives Vorgehen, wonach wettbewerbliche Spielräume zunächst beim Preisniveau, anschließend auch bei der Preisstruktur und als evtl. letzten Schritt auch bei der Definition der Abrechnungseinheiten eröffnet werden.

- Abweichungen vom einheitlichen Preisniveau

Für einzelne Krankenhäuser müsste der zu vergütende Basisfallwert nicht mehr dem auf Landes- bzw. Bundesebene vereinbarten entsprechen, sondern könnte näher an den krankenhausindividuellen herangeführt werden. Dabei können durch die Festlegung eines Korridors maximal zulässige Abweichungen vom einheitlichen bzw. kollektiv vereinbarten Preisniveau bestimmt werden.

Rein technisch ähnelt eine solche Abweichungsmöglichkeit der Situation während der Konvergenzphase, allerdings unter quasi entgegengesetzten Vorzeichen. In der Konvergenzphase waren die Abweichungen kein wettbewerblicher Verhandlungsgegenstand, son-

den dienten primär einer gesetzlich garantierten Begrenzung von Verlusten, die im Zuge der Umstellung von historisch krankenhaushausindividuell und kostenorientiert vereinbarten Budgets auf ein normiertes Preisniveau entstanden. Als ein erster Schritt zur Schaffung von Preiswettbewerb wären die Abweichungen dagegen anders begründet. Nach dem Ende der Konvergenzphase würde der auf Landes- bzw. Bundesebene vereinbarte Basisfallwert das Referenzpreisniveau bilden. Abweichungen hiervon stellen eine Möglichkeit dar, Wettbewerbsvorteile bei Kosten, Leistungen und Qualität geltend zu machen.

Wenn sich die Möglichkeit zur Abweichung auf das Preisniveau beschränkt, lassen sich solche adäquat nur durch Tatbestände begründen, die das Krankenhaus leistungsbereichsübergreifend kennzeichnen. So könnte ein Krankenhaus beispielsweise Kostenvorteile, die es in der Beschaffung von ausgelagerten allgemeinen Dienstleistungen und Produkten erzielt, dafür nutzen, seine Leistungen insgesamt mit Abschlägen auf das Preisniveau anzubieten. Ein weiteres Beispiel wäre ein Zuschlag auf das Preisniveau, wenn ein Krankenhaus für den gesamten Betrieb bestimmte Qualitätssicherungssysteme einführt, mit denen es sich von der Masse der Krankenhäuser abhebt, oder zusätzliche Dokumentationsleistungen anbietet.

- Abweichungen von der Preisstruktur bzw. den Bewertungsrelationen
Krankenhäuser hätten die Möglichkeit, einzelne DRG-Positionen anders zu gewichten. In Verbindung mit der Möglichkeit, auch das Preisniveau zu variieren, könnten Krankenhäuser also für einzelne DRG abweichende Fallwerte anbieten bzw. fordern. Wettbewerbsvorteile bei Kosten, Leistungen und Qualität könnte ein Krankenhaus dann auch bereichs- bzw. leistungsspezifisch geltend machen. Vorstellbar wäre beispielsweise, dass die Optimierung der Behandlungsprozesse in einer Krankenhausabteilung, für ein bestimmtes Indikationsgebiet oder für eine bestimmte Art von Operation dazu führt, dass die hiervon jeweils betroffenen Leistungen mit einem Abschlag auf die entsprechenden DRG-Fallpauschalen angeboten werden. Über das Marktübliche hinausgehende Qualitätszusagen bei bestimmten Leistungen oder die Beschäftigung überdurchschnittlich qualifizierter Spezialisten könnten mit der Forderung nach Aufschlägen auf die DRG-Fallpauschalen verbunden sein.

Unterschiedliche Gestaltungsoptionen bestehen hinsichtlich des konkreten Spielraums für Abweichungen bei einzelnen Fallwerten. Im Sinne einer kontrollierten Lockerung könnten die Abweichungen zunächst auf eine begrenzte Zahl von DRGs beschränkt werden. Alter-

nativ oder ergänzend könnte die Höhe von möglichen Zu- und Abschlägen durch die Festlegung eines Korridors begrenzt werden.

- **Abweichungen von den einheitlichen Leistungsdefinitionen**

Als Abrechnungseinheiten sind gegenwärtig diagnosebezogene Fallgruppen einheitlich definiert. Die Einführung bzw. Umstellung auf einheitliche Leistungsdefinitionen zu Abrechnungszwecken in der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser hat die Kosten- und Leistungstransparenz in der stationären Versorgung substanziell erhöht. Andererseits unterliegt das System einheitlicher Leistungsdefinitionen der Tendenz, kostenrelevante Veränderungen im Leistungs geschehen nicht (mehr) adäquat abzubilden. Dies betrifft nicht nur die Implementierung innovativer Leistungen, für die die Vertragspartner nach § 6 Abs. 2 KHEntgG seit dem Jahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren können, sondern es betrifft auch Veränderungen in der Organisation bereits durch das DRG-System erfasster Leistungen.

Die Möglichkeit, von den DRG-Leistungsdefinitionen abzuweichen, würde den Krankenhäusern erweiterte Spielräume in der Leistungsgestaltung eröffnen – allerdings zum Preis einer abnehmenden Leistungstransparenz auf dem Krankenhausmarkt.

3.4.2 Vertragspartnerbezogene Preisdifferenzierung

Ein wesentlicher Faktor, der zu den hohen Verwaltungskosten auf dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt beiträgt, ist der Umstand, dass Preissysteme prinzipiell mit jedem individuellen Vertragsverhältnis eines Krankenhauses mit einer Krankenversicherung variieren können. Vor diesem Hintergrund bestehen unterschiedliche Gestaltungsoptionen mit Blick auf den Spielraum für Leistungsanbieter, Preisdifferenzierungen vertragspartner-spezifisch zu gestalten.

- Eine Gestaltungsoption besteht darin, die Preisdifferenzierungen nur isoliert angebotsseitig zuzulassen. Das hieße, der Leistungsanbieter bestimmt zunächst seine „individuelle Preisliste“, die seine Abweichungen von den landes- bzw. bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen enthält. Diese Liste hätte dann für alle potenziellen Vertragspartner Gültigkeit und wäre entsprechend zu veröffentlichen. Sämtliche nachfrageseitigen Unterscheidungsmerkmale dürften keinen Einfluss auf die Preisdifferenzierung haben.
- Ein zusätzlicher Wettbewerbsspielraum entstünde den Anbietern dadurch, dass sie z. B. die Höhe des Abschlags auf die landes- bzw. bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen – im Sinne von Mengen-

rabatten bzw. Staffelpreisen – von der damit abgerechneten Leistungsmenge abhängig machen. Um diesen Spielraum zu eröffnen, könnte eine mittelbare Preisdiskriminierung nach Vertragspartner zugelassen werden: Preisunterschiede je nach Vertragspartner unterliegen einheitlichen Regeln, so dass Nachfrager, die identische Mengen nachfragen, auch denselben Preis bezahlen. Auch in diesem Fall wäre eine obligatorische Veröffentlichung der krankenhausindividuellen Preiskonditionen denkbar.

- Der größtmögliche Wettbewerbsspielraum entstünde, wenn eine vertragspartnerspezifische Preisdifferenzierung ohne jegliche Beschränkung möglich wäre. Eine solche Lösung wäre am ehesten anfällig für Intransparenz und als Konsequenz für vergleichsweise hohe Transaktionskosten.

3.4.3 Vertragssystem für Preisdifferenzierung

Eine zentrale Gestaltungsfrage betrifft den Vertragsrahmen für Preisdifferenzierungen: Können und sollen vom DRG-System abweichende Vergütungsvereinbarungen im gegenwärtigen Vertragssystem getroffen werden, in dem die Krankenversicherer kollektiv mit den einzelnen Krankenhäus-trägern verhandeln, oder sind Preisdifferenzierungen nur im Rahmen neu zu schaffender selektiver Vertragsmöglichkeiten umsetzbar?

Um diese Frage zu beantworten, sollte man sich zunächst vergegenwärtigen, unter welchen Voraussetzungen Preisdifferenzierungen für Krankenhäuser sinnvoll sind. Abweichungen von den einheitlichen DRG-Fallpauschalen lohnen sich für Krankenhäuser dann, wenn sie hierdurch Wettbewerbsvorteile geltend machen können, die mit Aussichten auf Umsatzsteigerungen bzw. Marktanteilsgewinne verbunden sind. Abschläge auf die als bundes- bzw. landeseinheitlich bestimmten Preise sollten demnach zu Mengenausweitungen führen. Aufschläge, die beispielsweise der Finanzierung von qualitätssteigernden Investitionen oder Innovationen oder der Finanzierung überdurchschnittlicher, nicht beeinflussbarer Kosten⁵³ dienen, sollten allenfalls zu unterproportional starken Mengenabnahmen führen.

⁵³ Unvermeidbare Kostennachteile, die Aufschläge auf die einheitlichen DRG-Fallpauschalen begründen, könnten z. B. aus bestimmten Betriebsmindestgrößen („Unteilbarkeiten“) bei nur geringer lokaler Nachfrage resultieren, wenn ohne diese Aufschläge eine (gewünschte) ortsnahe Versorgung nicht geleistet werden kann.

- In Selektivverträgen, wie sie bereits aus der ambulanten ärztlichen sowie der Arzneimittelversorgung bekannt sind, werden typischerweise die skizzierten Preis-Mengen-Zusammenhänge explizit zum Verhandlungsgegenstand gemacht. Die Krankenkassen bringen in diese Verhandlungen ihr Potential zur Patienten- bzw. Nachfragesteuerung ein und können durch die damit in Aussicht gestellten Abnahmemengen entweder Preiszugeständnisse oder Qualitätszusagen bzw. zusätzliche Leistungen zu individuell verhandelten Preisen erreichen. Für die Krankenkassen ist die entscheidende Voraussetzung hierfür, dass es mit diesen selektiven Vereinbarungen nicht zu Doppelfinanzierungen kommt, also dass der Mehrumsatz, den sich der Leistungsanbieter vom Selektivvertrag verspricht, von entsprechenden Minderausgaben in der kollektivvertraglichen Versorgung begleitet wird.

Diese Voraussetzungen für beide Vertragsseiten – Leistungsanbieter und Krankenkassen – ließen sich mit selektiven Vereinbarungen auch im Krankenhausbereich schaffen. Da der Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung den Bundesländern zugewiesen ist, ergäbe sich auf den ersten Blick keine der ambulanten Versorgung vergleichbare Notwendigkeit einer Budgetbereinigung um selektivvertragliche Versorgungsanteile. Treffen Krankenkassen für sie günstigere Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern und verbinden dies damit, ihre Versicherten gezielt in diese Krankenhäuser umzulenken, entstehen bei anderen Krankenhäusern mit ungünstigeren Angeboten entsprechende Nachfrageverluste.

Eine Bereinigungsnotwendigkeit entsteht schließlich doch auf der Ebene einzelner Krankenhäuser insofern, als diese Nachfrageverluste teilweise in Form von Mindererlösausgleichen von den Krankenkassen kompensiert werden müssten. Diese Mindererlösausgleiche sind von allen Krankenkassen zu tragen, und zwar im Verhältnis ihrer jeweiligen Anteile ihrer Versicherten an den Krankenhausleistungen im Folgejahr. Gleichzeitig begründet eine im Vergleich zur prospektiven Budgetvereinbarung zusätzliche Nachfrage, wie sie dem Selektivvertragspartner in Aussicht gestellt wird, einen Anspruch auf einen Mehrerlösausgleich. Eine wettbewerbskonforme Lösung erfordert, dass der Teil der Mindererlöse, der durch selektive Vereinbarungen mit anderen Krankenhäusern entsteht, ebenso wenig ausgeglichen wird wie der Teil der Mehrerlöse, der beim Selektivvertragspartner infolge von Patientenumsteuerung anfällt und ansonsten zu-

sätzlich zur selektivvertraglich vereinbarten Vergütung zu zahlen wäre.⁵⁴

In der Umsetzung stieße diese wettbewerbskonforme Lösung im Wesentlichen auf zwei Schwierigkeiten. Die erste betrifft die Frage der kausalen Zuordnung von Mehr- und Mindererlösen zu selektiven Vereinbarungen sowie die Frage, wer die diesbezügliche Beweislast tragen sollte. Die zweite Schwierigkeit ist grundsätzlicher Art: Soll der Wettbewerb durch zusätzliche Preisgestaltungsspielräume der Krankenhäuser effizienzerhöhend wirken, müssen Mindererlöse bei den Krankenhäusern mit den weniger wettbewerbsfähigen Preis-Leistungs-Verhältnissen entstehen können. Derartige Mindererlöse können aber, je nach Ausmaß, dazu führen, dass Krankenhäuser den ihnen im Rahmen der Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsauftrag nicht mehr (vollständig) erfüllen können. Die Schaffung von mehr Preiswettbewerb berührt damit elementar das bisherige System der Krankenhausplanung und würde auch dort Anpassungen erforderlich machen.⁵⁵

- Auch im Vertragssystem der kollektiven Verhandlungen auf Kostenträgerseite ist es prinzipiell möglich, Abweichungen von den als bundes- bzw. landeseinheitlich bestimmten Preisen zuzulassen. Letztlich wird zwischen den Vertragspartnern auf Ebene des einzelnen Krankenhausträgers ein Budget („Gesamtbetrag“) vereinbart. Sind die Preise einheitlich vorgegeben, bleiben als Verhandlungsparameter das Leistungsvolumen sowie einige „Randbereiche“. Derselbe Gesamtbetrag kann auch bei flexiblen Preisen erreicht werden, wenn andere Verhandlungsparameter entsprechend angepasst werden. Flexible Preise und Preisdifferenzierungen können ihre ökonomische Allokations- und Wettbewerbsfunktion aber nur erfüllen, wenn sie zumindest potenziell Mengenveränderungen und Mengenverschiebungen bewirken. Können sie dies im Rahmen einer fixen,

⁵⁴ Alternativ könnten die Minder- und Mehrerlösausgleiche in unveränderter Form weiterhin gezahlt werden. Krankenkassen, die selektive Vereinbarungen treffen, wären in diesem Fall an den von ihnen verursachten Minder- bzw. Mehrerlösausgleichen nur unterproportional beteiligt (vgl. Cassel et al. 2008, S. 123). Allerdings würde damit das Problem einer Doppelfinanzierung nur abgemildert und nicht beseitigt. Je weniger Vertragspartner ein Krankenhaus mit Anspruch auf Mindererlösausgleich hat, desto gravierender wäre die Doppelfinanzierungslast der Krankenkasse mit abweichender selektiver Vereinbarung.

⁵⁵ Die hierfür erforderlichen Anpassungen sind die gleichen, die auch in Verbindung mit einer Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung diskutiert werden (vgl. Rürup et al. 2008, S. 13 f.).

auf den einzelnen Anbieter bezogenen Budgetierung nicht, besteht zur Nutzung von Preisgestaltungsspielräumen für die Krankenhäuser auch kein Anreiz.

Nun galt in den vergangenen Jahren für die Krankenhäuser eine Budgetbegrenzung in der Art, dass bei der Vereinbarung der Gesamtbeträge der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten war (§ 6 Abs. 1 BPflV). Maßgabe für die Veränderung der Krankenhausbudgets war die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder – versehen allerdings mit einer Reihe möglicher Ausnahmetatbestände (z. B. vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur). Tatsächlich sind die Krankenhausaussgaben der GKV in den letzten Jahren z. T. deutlich stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen.⁵⁶ Unter diesen Umständen könnte es also aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll sein, über zusätzliche Preisgestaltungsspielräume zu verfügen.

Mit der Umstellung auf das DRG-Fallpauschalensystem wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität an anderer Stelle verankert.⁵⁷ Seitdem ist die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder maßgeblich für die auf Landesebene zu vereinbarende Veränderungsrate des landeseinheitlichen Basisfallwerts. Diese Kopplung des Preisniveaus – anstatt wie davor des Krankenhausbudgets – an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfordert konsequenterweise, dass das Preisniveau zentral und einheitlich festgelegt wird. Daran ändert sich auch prinzipiell nichts, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen als Referenzgröße durch einen allgemeinen kostenbasierten Orientierungswert ersetzt werden, wie es mit dem KHRG beschlossen wurde. Auch damit ist das Ziel verbunden, die Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor in einem gewissen Rahmen zu halten. Dieses Ziel widerspricht für sich genommen nicht einem preiswettbewerblichen Ansatz, aber seine Umsetzung, nämlich das Ziel dadurch zu erreichen, dass die so ermittelte Preisniveauveränderung auf alle Krankenhäuser einheitlich angewandt wird. Dieses Vorgehen lässt sich als ein nur rudimentärer Schritt zu einer preislichen Steuerung der Krankenhausversorgung interpretieren. Ein

⁵⁶ In der Dekade 1997 bis 2007 erhöhten sich die Krankenhausaussgaben der GKV um rund 20 %, während die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied nur um ca. 10 % zunahmen.

⁵⁷ Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) gilt seitdem nur noch für die Krankenhäuser, die nicht das DRG-Fallpauschalensystem anwenden müssen (insbesondere psychiatrische Krankenhäuser).

"Ende der Budgetierung" im Krankenhausbereich lässt sich allenfalls dahingehend ausmachen, dass die Vertragspartner auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser in ihren Vereinbarungen nicht mehr unmittelbar den Vorgaben der Beitragssatzstabilität unterliegen; Begrenzungen für die vereinbarten Mengen ergeben sich nur noch aus der "Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses". Die Funktion, angebotsinduzierte bzw. medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen zu verhindern und den Beitragssatz stabil zu halten, liegt nun vollständig bei den Vereinbarungen zum Preisniveau (einheitlicher Basisfallwert) und seinen Veränderungen.

Dieses Verfahren widerspricht dem Konzept einer wettbewerblichen preislichen Steuerung, das darauf setzt, dass sich im Wettbewerb leistungsgerechte Preise bzw. Preisunterschiede herausbilden und die zu diesen Preisen abgesetzten Leistungsmengen dann als Wettbewerbsergebnis "akzeptiert" werden. Die Vorgabe einheitlicher Preis Anpassungen widerspricht grundlegend dem Wettbewerbsziel, dass leistungsstarke Krankenhäuser die Möglichkeit haben sollen, stärker zu wachsen, als es der Orientierungswert vorgibt. Dies wiederum erfordert, dass leistungsschwächere Krankenhäuser weniger stark wachsen oder Marktanteile verlieren. Im gegenwärtigen Vertragssystem erscheinen derartige Verschiebungen kaum umsetzbar, solange die Preisentwicklung durch die Kopplung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität keinen Raum für Differenzierungen lässt.

3.4.4 Empfehlungen

Von einer wettbewerblichen Preisbildung ist grundsätzlich zu erwarten, dass sie zu Preisunterschieden führt, die die unterschiedlichen Wertschätzungen der Nachfrager in qualitativer, räumlicher und zeitlicher Hinsicht abbilden. Der Informationsgehalt der Preise wäre damit größer. Die Preise könnten mit einer solchen Differenzierung zu einer Verbesserung der Ressourcenallokation beitragen und die Effizianzanreize der Anbieter erhöhen. Ziel sollte es daher sein, aufbauend auf der durch das DRG-System geschaffenen Transparenz zu einer freieren, wettbewerblichen Preisbildung zu gelangen.

Gegen eine stärkere Preisdifferenzierung spräche die Gefahr, dass die Leistungsanbieter die Möglichkeit zu abweichenden Fallwerten ausschließlich und gleichermaßen dazu nutzen, Zuschläge zu verlangen. In diesem Fall würde das Ziel der stärkeren Preisdifferenzierung verfehlt, spezifische Angebots- und Nachfragebedingungen auf lokalen oder indikationsbezogenen Teilmärkten besser, d. h. effizienzerhöhend, abzubilden. Eine solche Gefahr besteht, wenn die Voraussetzungen für einen funktionalen Leistungswett-

bewerb zwischen den Krankenhäusern nicht erfüllt sind, insbesondere wenn Teilmärkte durch lokale Monopole bzw. Marktmacht der Anbieter gekennzeichnet sind, so dass Preisdifferenzierungen die Generierung von Monopolrenten (bzw. das Abschöpfen von Konsumentenrenten) fördern. Auch eine hohe Leistungs- und Preisintransparenz konterkariert die potenziell positiven Effizienzwirkungen von größeren preiswettbewerblichen Spielräumen der Krankenhäuser.

Für die stationäre Versorgung in Deutschland bestehen hingegen – z. B. im Vergleich mit dem US-amerikanischen Krankenhausmarkt – aus zwei Gründen relativ günstige Voraussetzungen, um größere preiswettbewerbliche Spielräume zu schaffen: Erstens ist die Nachfrage nach Krankenhausleistungen, die im Wesentlichen von Krankenversicherungen ausgeht, vergleichsweise wenig fragmentiert, wodurch monopolistische Spielräume von Leistungsanbietern begrenzt bleiben. Zweitens besteht mit dem DRG-System in Deutschland eine auch im internationalen Vergleich herausragende Basis zur Schaffung von Preistransparenz auch bei größeren preiswettbewerblichen Spielräumen. Mehr Preiswettbewerb in der stationären Versorgung setzt zudem voraus, dass die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts dazu beiträgt, dysfunktionale Wirkungen einer stärkeren Preisdifferenzierung abzuwenden. Im Krankenhausbereich lässt sich hier an eine mehrjährige Erfahrung anknüpfen, durch wettbewerbsrechtliche Instrumente die Entstehung marktbeherrschender Stellungen zu verhindern.

Die vorigen Ausführungen haben das verfügbare Spektrum an Gestaltungsoptionen aufgezeigt, mit denen Spielräume für Preiswettbewerb im Krankenhausbereich geschaffen bzw. erweitert werden können. Mit der Absicht, diese Spielräume im Sinne eines kontrollierten Übergangs zu öffnen, wird vorgeschlagen, folgende Gestaltungsoptionen auszuwählen:

- Das gegenwärtige DRG-Fallpauschalensystem wird als maßgebliches Vergütungssystem für die stationäre Versorgung fortgeführt.
- Krankenhäuser sollten die Möglichkeit erhalten, einzelne DRG-Leistungen zu abweichenden Fallwerten anzubieten, also auf die landes- bzw. bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen sowohl Abschläge einzuräumen als auch Aufschläge zu fordern (leistungsbezogene Preisdifferenzierung).
- Dabei kann die Möglichkeit zu abweichenden Fallwerten zunächst auf eine Auswahl von DRG-Leistungen beschränkt werden, die sukzessive ausgeweitet wird. Zusätzlich kann das Ausmaß der Abweichungen zunächst auf einen prozentual definierten Korridor begrenzt werden und ebenfalls sukzessive erweitert werden.

- Dagegen wird aus Gründen der Markttransparenz empfohlen, keine Abweichungen von den einheitlichen Leistungsdefinitionen des DRG-Systems zuzulassen.
- Krankenhäuser sollten Preisdiskriminierungen gegenüber einzelnen Krankenkassen nur nach einem System vornehmen dürfen, das für alle seine Vertragspartner gleichermaßen gilt (z. B. einheitliches mengenabhängiges Staffelpreissystem). Die krankenhausspezifischen Regeln sollten öffentlich zugänglich sein.
- Preisdifferenzierungen sollten Gegenstand selektiver Vereinbarungen von Krankenhäusern und Krankenkassen sein. Mehr- oder Mindererlöse im Vertragssystem der kollektiven Verhandlungen auf Kostenträgerseite, die sich als Folge dieser selektiven Vereinbarungen ergeben, sollten nicht ausgeglichen werden.
- Mittelfristig ist eine Anpassung der Krankenhausplanung anzustreben, um Widersprüche zwischen den Ergebnissen selektiver Vereinbarungen und den Versorgungsaufträgen der Krankenhäuser zu vermeiden (vgl. auch Kapitel 3.5.2).

Der hier beschriebene Ansatz für mehr Preiswettbewerb in der stationären Versorgung setzt das gegenwärtige DRG-Fallpauschalensystem als stabile Referenzbasis für selektiv abweichende Preisvereinbarungen voraus. Sollten sich die größeren preiswettbewerblichen Spielräume als effizienzsteigernd herausstellen und infolgedessen verstärkt selektive Vereinbarungen getroffen werden, ist langfristig eine zunehmende Aushöhlung dieser Referenzbasis nicht auszuschließen. Dieses Problem stellt sich in ähnlicher Weise in der ambulanten Versorgung, in der die kollektivvertraglichen Vergütungen die Referenzbasis für die Budgetbereinigung darstellen. Die staatliche Regulierung muss daher die Rückwirkungen selektiver Vereinbarungen insbesondere mit Blick auf die Preis- und Leistungstransparenz im Auge behalten und frühzeitig alternative oder ergänzende transparenzerhöhende Maßnahmen in Erwägung ziehen (z. B. Offenlegungspflichten für wesentliche Bestandteile selektiver Vereinbarungen).

3.5 Wettbewerbsorientierte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Die Mängel der getrennten Finanzierung von Investitionsaufwendungen (über Steuern) einerseits und Betriebsausgaben (über Beiträge) andererseits werden schon seit vielen Jahren diskutiert. Diese "duale" Form der Krankenhausfinanzierung gilt als eine wesentliche Ursache für mangelnde Effizienz in der stationären Versorgung (vgl. Annex, Kapitel 8.6.1).

3.5.1 Leistungsbezogene Investitionsförderung im Rahmen einer monistischen Krankenhausfinanzierung

Um die Effizienz des Ressourceneinsatzes im Krankenhausbereich zu erhöhen, müssten – unabhängig von der vielfach geforderten Aufstockung steuerfinanzierter Fördermittel – die Investitionsmittel überwiegend leistungsbezogen ausgezahlt werden. Entscheidend ist, dass sich sämtliche Finanzmittel – also sowohl beitragsfinanzierte Leistungsvergütungen, als auch steuerfinanzierte Investitionsförderungen – gleichermaßen leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilen. Dieses Ziel sollte technisch dadurch erreicht werden, dass Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen und damit entsprechend den erbrachten Behandlungsleistungen gezahlt werden. Hierzu ist ein differenziertes System von Investitionszuschlägen zu entwickeln, das die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegelt.

Eine solche konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen in Form von DRG-Zuschlägen bedeutet, dass die Investitionsmittel über den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen im Rahmen der Vergütung stationärer Behandlungsleistungen an die Krankenhäuser gelangen. Dies führt zu einer monistischen Finanzierung "aus einer Hand", gemäß der die Krankenhäuser sowohl Betriebsausgaben als auch Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung ihrer erbrachten Behandlungsleistungen durch die Krankenversicherungen finanzieren. Damit würde die bislang fehlende Kohärenz von Investitionen und laufendem Betrieb gewährleistet. Außerdem würde infolge des Leistungsbezugs die Zuteilung von Investitionsmitteln damit stärker wettbewerblich organisiert.

Die Finanzausstattung der Krankenversicherungen wiederum kann durch Steuerzuschüsse erhöht werden, die dem Zweck einer Förderung von Krankenhausinvestitionen dienen. Um das Prinzip der Monistik nicht auszuhöhlen, darf in diesem Fall zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenversicherungen an die Krankenhäuser jedoch keine direkte Bindung bestehen. Die Höhe des Steuerzuschusses könnte mit Umstellung auf die Monistik einmalig im Hinblick auf einen Förderbedarf bestimmt werden – evtl. versehen mit einer Dynamisierungsregel – dann aber müsste sie von den tatsächlichen Krankenhausinvestitionen abgekoppelt werden (keine Nachschusspflicht) (Rürup et al. 2008).

3.5.2 Effizienzwirkungen einer leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung

Von der konsequenten Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen sind folgende Wirkungen auf die Effizienz der stationären Versorgung zu erwarten:

- Es könnte zukünftig kein „Investitionsstau“ mehr in dem Sinne entstehen, dass die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen „hinterherhinken“. Investitionsbudgets können nicht mehr explizit gedeckelt werden, sondern nur noch mittelbar infolge von Einschränkungen in der Vergütung von stationären Behandlungsleistungen. Umgekehrt sind Steigerungen der Investitionsmittel genau so wie die Leistungsvergütungen abhängig von der Finanzausstattung der Krankenversicherungen.
- Von einem durch eine solche Umstellung ermöglichten Wettbewerb um die leistungsbezogenen Investitionsmittel ist zu erwarten, dass er zum Abbau von Überkapazitäten beiträgt bzw. diesen beschleunigt.
- Darüber hinaus würde die Investitionsfinanzierung nicht mehr eine stärkere Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern hemmen, wie es in der Vergangenheit aus landes- und kommunalpolitischen Gründen teilweise der Fall war.

Der Grundsatz einer leistungsorientierten, d. h. an die Vergütung der erbrachten Behandlungsleistungen gekoppelten Zuweisung von steuerfinanzierten Investitionsfördermitteln ist mit einer auf Bundeslandebene zentral gesteuerten, detaillierten Planung der Krankenhauskapazitäten konzeptionell nicht vereinbar. Die bisherige detaillierte Krankenhausplanung durch die Bundesländer sollte daher durch eine Aufsichtsfunktion gegenüber den zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäusern ersetzt werden, die sich ausschließlich auf die Qualität und Sicherheit der stationären Leistungen bezieht. Darüber hinaus sollten die Bundesländer die Entwicklung der Krankenhauskapazitäten im Hinblick auf ihre regionale Verteilung und räumlichen Zugangsmöglichkeiten überwachen. Die Bundesländer sollten weiterhin (letz-)verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sein und über effektive Eingriffsmöglichkeiten verfügen, wenn die leistungsorientierte Mittelzuweisung zu einer merklichen Verschlechterung der Versorgungsqualität führt.

So könnten gesamtwirtschaftlich sinnvolle Anpassungen der Angebotsstrukturen in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits besteht ein Zielkonflikt. Darüber hinaus könnte ein beschleunig-

nigter Abbau von Krankenhauskapazitäten mit übergeordneten Zielen der regionalen Infrastrukturpolitik in Konflikt geraten. Solche unerwünschten Konsequenzen – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – ließen sich prinzipiell dadurch vermeiden, dass ein Teil der bisherigen Fördermittel nicht in die rein leistungsbezogene Zuteilung übergeht, sondern in einen Infrastrukturfonds zu leiten. Die Mittel aus diesem Fonds wären dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Für die Zuteilung der Mittel sollten bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze etabliert werden. Im Rahmen dieser Grundsätze sollten die Bundesländer selbständig über den Mitteleinsatz bestimmen können (vgl. Rürup et al. 2008, S. 40 ff.).

3.5.3 Empfehlungen für die Ausgestaltung des Umstiegs

Um zusätzliche Belastungen der Beitragszahler durch eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung zu begrenzen, sollten die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Steuermittel in einen monistischen Finanzierungsrahmen überführt werden. Der Gesundheitsfonds ist eine zentrale Sammelstelle für Mitgliederbeiträge, Beitragszuschüsse von Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern etc. sowie die Steuerzuschüsse des Bundes. Daher liegt es nahe, zusätzliche Steuerzuschüsse zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen ebenfalls in diese zentrale Sammelstelle Gesundheitsfonds fließen zu lassen.

Für die technische Umsetzung sollte die Förderung von Krankenhausinvestitionen zukünftig nicht mehr aus den Länderhaushalten finanziert werden, sondern im Rahmen eines Vorwegabzuges vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Damit tragen die Bundesländer weiterhin die Finanzierungslast, allerdings nicht mehr in Form von Investitionsförderungen als Zahlungen aus ihren Haushalten, sondern in Form dauerhaft verminderter Einnahmen aus der Umsatzsteuer. Als sogenannte Gemeinschaftsteuer wird die Umsatzsteuer zwischen Bund und Ländern aufgeteilt (vertikale Steuerverteilung).

Mit der Finanzverfassung Deutschlands wurde ein Verteilungssystem der Steuern – der Haupteinnahmequelle der öffentlichen Hand – festgelegt, das zwar die tragenden Säulen der Steuerertragsaufteilung abschließend regelt, darüber hinaus aber Vorgaben für flexible Elemente enthält, deren Gestal-

tung im Detail dem Gesetzgeber überlassen wird.⁵⁸ Bei den Gemeinschaftssteuern, die anders als die Trennsteuern den Hauptanteil der gesamten staatlichen Steuereinnahmen ausmachen, hat das Grundgesetz nur bei der Umsatzsteuer das Beteiligungsverhältnis von Bund, Ländern und Gemeinden bislang bewusst offen gelassen und so einen Handlungsspielraum im vertikalen Steuerverteilungssystem geschaffen, der – ähnlich wie bei dem Bundeszuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung – für die finanzielle Beteiligung der Länder genutzt werden könnte.

Ein Teil des Länderanteils der Umsatzsteuer wird den Ländern in Form sogenannter Ergänzungsanteile zugewiesen, wodurch die Umsatzsteuerzuordnung bereits Finanzausgleichswirkungen hat und eine Verringerung der Unterschiede der Steuereinnahmen zwischen den Ländern bewirkt (vgl. Rürup et al. 2008, S. 26 ff.). Der für die Krankenhausfinanzierung vorgeschlagene Vorwegabzug der Ländermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen sollte erst nach Zuweisung der Ergänzungsanteile und vor der Aufteilung des verbleibenden Umsatzsteueraufkommens nach Einwohnerzahl vorgenommen werden. Damit würden sich die Belastungen aus der Umstellung auf die Monistik proportional nach Einwohnerzahl auf die Bundesländer verteilen.

Rürup et al. (2008) haben die Auswirkungen einer solchen Umstellung der Krankenhausfinanzierung unter der Annahme berechnet, dass der Umfang der von den Bundesländern getragenen Investitionsförderung deutlich auf 5 Mrd. Euro (von knapp 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2007) erhöht wird. Demnach würden die Bundesländer durchschnittlich um 22 Euro je Einwohner und Jahr belastet, wenn man den Wegfall der bisherigen KHG-Förderung gegenrechnet und dabei die jeweils durchschnittliche Förderungshöhe der letzten zehn Jahre unterstellt. Bundesländer mit einer in der Vergangenheit überdurchschnittlichen Investitionsförderung je Einwohner würden nach dieser Berechnung durch die Umstellung nur unterdurchschnittlich stark belastet, teilweise sogar entlastet.

Ob der Investitionsmittelzufluss zu den Krankenhäusern in einem Bundesland nun in der Totalbetrachtung steigt oder fällt, hängt aber nicht von den Umstellungseffekten ab. In einem monistischen System der Krankenhausfinanzierung richtet sich der Investitionsmittelzufluss vielmehr nach dem Ausmaß, in dem die Krankenhäuser für ihre erbrachten Behandlungsleistungen mit DRG-Pauschalen inklusive der daran gekoppelten Investitionsmittel vergütet werden. Für die Verteilung der Investitionsmittel und damit auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser hätte dementsprechend die

⁵⁸ Für eine umfassende und formale Darstellung des bundesstaatlichen Finanzausgleichssystems siehe Tröger 2007 S. 27ff oder auch Brügelmann und Tröger 2007.

bundeslandspezifische KHG-Förderhistorie keine Relevanz mehr. Ein Konzept für den Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung, das sich primär zum Ziel setzt, unterschiedliche (historische) Fördervolumen der Investitionskosten zwischen den einzelnen Bundesländern sowie unterschiedliche Ausgangspositionen der Krankenhäuser auszugleichen, droht zu scheitern.

Daher empfehlen die Autoren darauf zu verzichten, eine Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung mit der Aufgabe der "Vergangenheitsbewältigung" zu überfrachten. Hierfür spricht insbesondere, dass es keinen deterministischen Zusammenhang zwischen der Höhe der bisherigen KHG-Investitionsförderung eines Bundeslandes einerseits und den für die Investitionsmittelzuteilung dann ausschlaggebenden erbrachten Leistungen der Krankenhäuser in diesem Bundesland andererseits gibt. Außerdem fehlen allgemein anerkannte, objektive Kriterien zur Beurteilung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen zwischen Krankenhäusern sowie teilweise auch erforderliche Datengrundlagen (z. B. zu Bauzustand und Modernitätsgrad der Krankenhausausrüstung). Auch bilden Bundesländer kein sachgerechtes Abgrenzungskriterium für eine solche Analyse, weil davon auszugehen ist, dass die Unterschiede innerhalb von Bundesländern größer sind als zwischen ihnen.

3.5.4 Bewertung der jüngsten Reform der Krankenhausfinanzierung

Das jüngst verabschiedete Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wird diesen Empfehlungen nicht gerecht. Es sieht zwar die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab dem Jahr 2012 vor, aber die Neuregelung weist zwei grundlegende Mängel auf:

- Den Bundesländern wurde die Möglichkeit eingeräumt, sich gegen eine Umstellung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen zu entscheiden und statt dessen das bisherige Fördersystem aus Einzel- und Pauschalförderung beizubehalten.
- Die Bestimmung der Höhe leistungsorientierter Investitionspauschalen wird in eine Niveau- und in eine Strukturkomponente geteilt. Nur die Struktur, die "Investitionsbewertungsrelationen", sollen bundeseinheitlich festgelegt werden. Das Niveau, der "Investitionsfallwert", wird bundeslandspezifisch ermittelt, wobei hierfür noch Grundsätze und Kriterien entwickelt werden müssen. Eine solche Zweiteilung kennzeichnet auch das DRG-Vergütungssystem – und blieb dort nicht unwidersprochen, denn eine Preisniveaudifferenzierung nach Bundesländergrenzen lässt sich ökonomisch kaum begründen. Daher wurde mit dem KHRG beschlossen, die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten abzubauen.

Die Autoren empfehlen, dass die Investitionsförderung nach der Übergangszeit einheitlich auf leistungsorientierte Investitionspauschalen umgestellt wird und dass diese Pauschalen an die DRG-Vergütungspauschalen gekoppelt werden, um eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser zu erreichen. Bundeslandspezifische Investitionsfallwerte sollten vermieden werden, zumindest aber sollten Abweichungen im Einklang mit der Heranführung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert stehen. Eine bundeslandspezifisch abweichende Finanzierungsgestaltung sollte prinzipiell auf die gesonderte Förderung in strukturschwachen Regionen beschränkt werden.

4 Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung

Effizienzverluste durch fehlenden Preiswettbewerb dürften zwar für den Krankenhausbereich am größten sein, das Problem stellt sich aber sektorübergreifend: in der ambulanten Versorgung in Form vereinheitlichter Punktwerte und in der Arzneimittelversorgung in Form einheitlicher Erstattungspreise (Festbeträge). In beiden Sektoren besteht aber die Möglichkeit für die Krankenkassen, im Rahmen von selektiven Vereinbarungen mit Leistungsanbietern von den regulären Vergütungs- bzw. Erstattungssystemen abzuweichen. Mit den Selektivverträgen existiert demnach ein Instrument, mit dem Preiswettbewerb stattfinden kann und mit dem mögliche Effizienzverluste durch undifferenzierte Preise vermieden werden können.

Neben der Möglichkeit, neue Vergütungsformen effizienzerhöhend einzusetzen, ist der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt von grundsätzlicher Bedeutung, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu steigern und möglichst optimal den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten anzupassen. Die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb mit und um Selektivverträge sind daher so zu gestalten bzw. weiter zu entwickeln, dass dieser Wettbewerb seiner Funktion gerecht werden kann: Effizientere Versorgungsformen hervorbringen und zur Durchsetzung überlegener Organisationsansätze zu führen.

Für die ambulante Versorgung ist es im Unterschied zum Krankenhausbereich nicht zielführend, eine Stärkung des Preiswettbewerbs durch erweiterte Möglichkeiten der Preisdifferenzierung im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems zu fordern. Gegen eine solche Forderung sprechen folgende Gründe:

- Für die ambulante vertragsärztliche Vergütung existiert auf kollektivvertraglicher Ebene derzeit kein vollständiges leistungs- bzw. diagnosebezogenes Fallpauschalensystem, wie es das DRG-System darstellt. Anders als im Krankenhausbereich hat sich in der ambulanten Versorgung bislang keine systematische, leistungsbezogene und transparente Grundlage für die Preisbildung etabliert, die als solide Basis für Preisdifferenzierungen verfügbar wäre. Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen in der fachärztlichen ambulanten Versorgung ist erst ab dem nächsten Jahr vorgesehen.
- Im kollektivvertraglichen System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kommt – neben den leistungsbezogenen Preisen (Punkt-

werten) – den mengenregulierenden Elementen ("Regelleistungsvolumen") eine größere Bedeutung für die Vergütung zu als im Krankenhausbereich. Eine Erklärung hierfür ist, dass die potenziell effizienzmindernde Wirkung einer angebotsinduzierten Nachfrage höher zu veranschlagen ist, weil Patienten einen leichteren Zugang zur ambulanten Versorgung haben und diese auch i.d.R. gegenüber einer stationären Behandlung präferieren. Abweichungen von den administrierten Preisen dürften daher die Steuerungswirksamkeit der Mengenregulierungen in der ambulanten Versorgung konterkarieren. Die gegenwärtigen Probleme und Konflikte bei der Umsetzung der jüngsten Honorarreform legen nahe, mittelfristig die Ausgestaltung des kollektiven Vergütungssystems nicht mit neuen, zusätzlichen Gestaltungsoptionen zu belasten, bevor die jüngsten Reformschritte erfolgreich umgesetzt wurden.

- Krankenkassen können Selektivverträge zur hausärztlichen, zur besonderen (u. a. fachärztlichen) ambulanten und zur integrierten Versorgung mit Leistungsanbietern abschließen. Diese Verträge gewinnen durch die Möglichkeit zur Budgetbereinigung deutlich an Relevanz. In der stationären Versorgung bestehen dagegen keine vergleichbaren Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge. Daher schlagen die Autoren – im Unterschied zum Krankenhausbereich – nicht vor, die Möglichkeiten der Preisdifferenzierung im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems zu erweitern. Im Rahmen der selektiven Verträge verfügen die Krankenkassen über nennenswerte Spielräume, abweichende Vergütungsformen und damit auch unterschiedliche Preise für die Behandlung ihrer Versicherten zu vereinbaren.

Im Mittelpunkt der nächsten Reformschritte sollte daher stehen, den Vertragswettbewerb funktionsfähig zu machen, so dass er zu Effizienzsteigerungen beitragen kann.

4.1 Intensivierung des Wettbewerbs und Überwindung der Sektoralisierung als Ansatzpunkt

Unabhängig von Quantifizierungsproblemen bilden, wie im Annex ausgeführt, die Schnittstellenprobleme an den verschiedenen Leistungssektoren in Verbindung mit einer zu geringen Wettbewerbsintensität eine der zentralen Ursachen für das noch bestehende Rationalisierungspotential im deutschen Gesundheitswesen. Diese Effizienz- und Effektivitätsreserven gilt es in normativer Hinsicht über eine Intensivierung des Wettbewerbs und eine

damit einhergehende Überwindung der Sektorengrenzen zwischen Prävention⁵⁹, ambulanter und stationärer Behandlung sowie Rehabilitation und Pflege zu heben. Dabei stellen die Intensivierung des Wettbewerbs und entsprechende Vertragsformen auch im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dienen über eine verbesserte Versorgung von Bürgern und Patienten übergeordneten fiskalischen, allokativen und distributiven Zielen.

Die Funktionen des Wettbewerbs umfassen preisliche und qualitative Elemente, d. h. es geht sowohl um die Intensivierung des Preiswettbewerbs als auch um die Stimulierung des Qualitätswettbewerbs. Während bei einigen Instrumenten selektivvertraglicher Regelungen die Kostensteuerung im Vordergrund steht, zielen andere primär auf Qualitätsverbesserungen. Zwischen Kosten- und Qualitätsaspekten besteht aber nicht grundsätzlich ein Zielkonflikt, denn eine qualitativ hochwertige Versorgung kann bei effizienter Leistungserstellung auch - vor allem bei dynamischer Betrachtung - ein beachtliches Kostensenkungspotential beinhalten. Die Intensivierung des Preiswettbewerbs trägt allerdings nur dann zur Zielrealisierung bei, wenn die Qualität der jeweiligen Güter und Dienste nicht darunter leidet. Die Versicherten und Patienten messen, wie auch zahlreiche Umfragen belegen, Qualitätseffekten im Konfliktfall eine größere Bedeutung zu als preislichen Wirkungen (Wille 2009: S. 92).

Die ordnungspolitische Zielrichtung einer Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen und insbesondere in der GKV veranschaulicht Abbildung 3 (siehe Cassel & Wille 2006: S. 408; SVR-G 2007: Ziffer 288f.; Wille 2009: S. 94). Sie verknüpft die Anzahl der Wettbewerbsparameter, die Krankenkassen und Leistungserbringern zur Verfügung stehen, mit der jeweiligen hierarchischen Entscheidungsebene. Die Intensivierung eines funktionsfähigen Wettbewerbs setzt zum einen eine höhere Anzahl von Wettbewerbsparametern für Krankenkassen und Leistungserbringer voraus und zum anderen eine tendenzielle Verlagerung der Entscheidungsprozesse von der Makro- über die Meso- zur Mikroebene. Es geht dabei grundsätzlich darum, das gemeinsame und einheitliche Handeln bundesweit agierender Spitzenverbände bzw. Organisationen und auch korporative Vereinbarungen auf Landes- oder KV-Ebene weitestmöglich durch dezentrale Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Gruppen von Leistungserbringern zu substituieren, zumindest aber durch wettbewerbli-

⁵⁹ Hierbei handelt es sich vornehmlich um die sekundäre und tertiäre Prävention. Gleichwohl sollten die an der gesundheitlichen Leistungserstellung Beteiligten auch im Bereich der primären Prävention und der Gesundheitsförderung ihre Potentiale ausschöpfen und Einrichtungen außerhalb des Gesundheitswesens bei entsprechenden Bemühungen unterstützen.

che Elemente zu ergänzen. In diesem Kontext steht allerdings die bundesweit geltende wettbewerbliche Rahmenordnung und mit ihr z. B. eine zentrale Wettbewerbsaufsicht nicht zur Disposition.

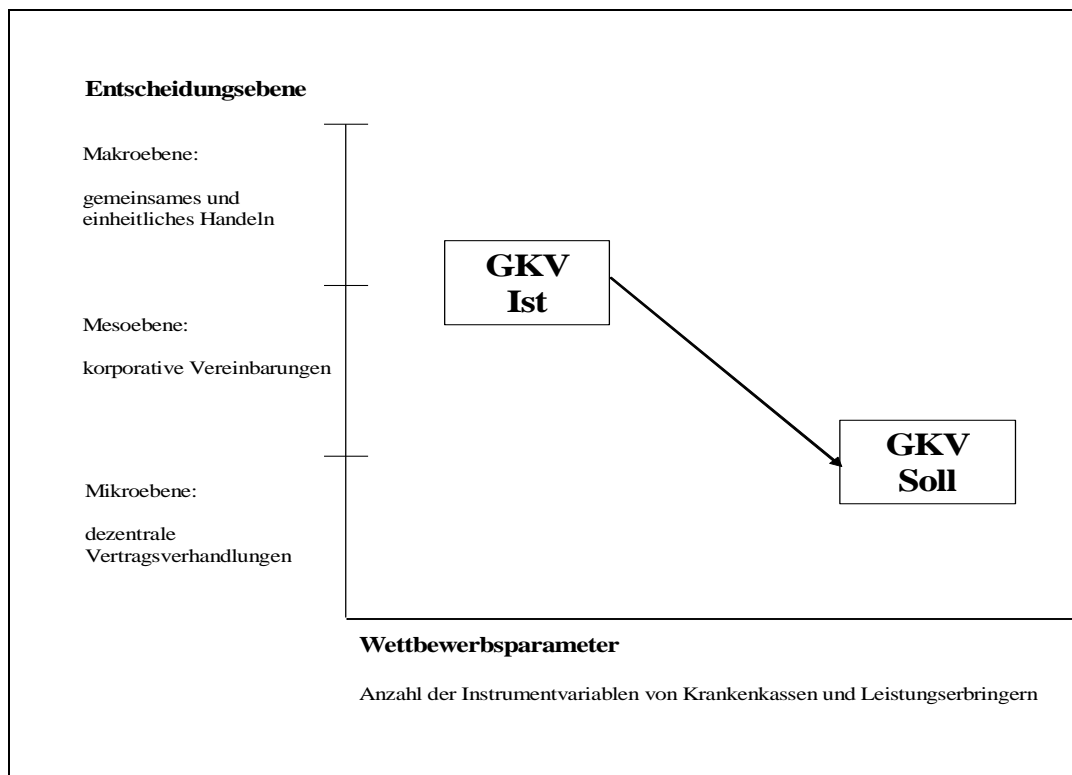
In den vergangenen 30 Jahren folgte die Entwicklung des Verhältnisses zwischen zentralen bzw. korporativen und wettbewerblich dezentralen Steuerungselementen im deutschen Gesundheitswesen bzw. in der GKV keinem erkennbaren Trend. Es lösten sich im Zeitablauf nicht nur Phasen einer Stärkung und Schwächung bzw. Substitution zentraler und korporativer Koordinationsprozesse ab, sondern zeitweise fand auch gleichzeitig ein Ausbau sowohl zentraler und korporativer als auch wettbewerblich dezentraler Steuerungselemente statt (SVR-G 2005: Ziffer 51ff.). Diese ordnungspolitisch ambivalente Entwicklung reicht bis in die jüngste Zeit. So haben das GMG und die Gesetze seit 2007 das Spektrum der Wettbewerbsparameter für Krankenkassen und Leistungserbringer und damit die Möglichkeiten selektivvertraglicher Organisation erheblich erweitert (vgl. Kapitel 2.2.1). Gleichzeitig gab es aber auch gesetzliche Reformmaßnahmen, die eher in die umgekehrte ordnungspolitische Richtung weisen wie z. B.:

- Den Ersatz der Spitzenverbände der Krankenkassen durch den "Spitzenverband Bund der Krankenkassen", der unbeschadet möglicher Effizienzvorteile hinsichtlich der Entscheidungsprozesse Zentralisierungstendenzen befürchten lässt.
- Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verhandeln die Krankenkassen bei der Vergütung auf Landesebene nun einheitlich und gemeinsam mit den KVen.
- Der mit dem GKV-OrgWG eingeführte neue § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung schränkt den Wettbewerb gegenüber der bisherigen Regelung erheblich ein (vgl. Kapitel 2.2.2 und 2.2.3; s. folgendes Kapitel 4.5).
- § 75 Abs. 3a dehnt den Sicherstellungsauftrag der KVen und KZVen auf den bestehenden Standardtarif und den neuen Basistarif der PKV aus.

Neben der zu geringen Wettbewerbsintensität aufgrund der noch sehr begrenzten selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung stellen die medizinisch und ökonomisch weitgehend abgeschotteten Leistungssektoren ein zentrales Hindernis für die Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung dar. Diese Segmentierung der Rahmenbedingungen gesundheitlicher Leistungserstellung setzt z. B. Anreize, bei sektoraler Budgetierung ausgabenintensive Leistungen nach Möglichkeit in andere Sektoren zu verschieben. Solche Handlungsweisen entsprechen unter den gegebenen sektoralen Rahmenbedingungen durchaus einem rationalen Entscheidungskalkül der jeweiligen Akteure, konfliktieren aber mit der

Systemrationalität einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Die Überwindung dieser Sektoralisierung durch eine integrierte Versorgung zielt somit darauf ab, die Produktion der einzelnen Gesundheitsleistungen jeweils jenen Leistungserbringern zu überantworten, die diese am qualifiziertesten und/oder kostengünstigsten erstellen können. Zudem gilt es in diesem Kontext, Anreize für eine wirksame Prävention zu schaffen.

Abbildung 3: Zur Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen



Quelle: Cassel & Wille 2006: S. 408; Wille 2008a: S. 17

Eine Klassifikation der Versorgung nach Indikationstiefe und Indikationsbreite vermag, wie Abbildung 3 synoptisch zusammenfasst, Aufschlüsse über den Integrationsgrad der gesundheitlichen Leistungserstellung zu liefern. Dabei nimmt die Integrationstiefe mit der Anzahl der eingebundenen Leistungssektoren zu und die Indikationsbreite steigt mit der Anzahl der behandelten Indikationen. Bei dieser Kombination von Leistungssektoren und Indikationen weist die sektorspezifische Versorgung, die sich auf eine Indikation beschränkt (Feld I), offensichtlich den niedrigsten und die sektor- und indikationsübergreifende Versorgung (Feld VI) den höchsten Integrationsgrad auf. Die sektorspezifische Versorgung kann statt eine Indikation auch mehrere (Feld II) oder alle Krankheitsbilder (Feld III) einschließen. Eine indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung (Feld III) bieten die meisten ambulanten Ärztenetze (Fleßa & Wendler 2008) an, die

zwar interdisziplinär-fächerübergreifend agieren können, denen aber die sektorübergreifende Orientierung fehlt. Setzt sich ein Ärztenetz nur aus Hausärzten zusammen, so nimmt mit dieser Segmentierung - sofern keine anderen Integrationselemente hinzutreten⁶⁰ - der Integrationsgrad innerhalb der indikationsübergreifenden sektorspezifischen Versorgung noch einmal ab. Zudem bleibt offen, ob Hausärztenetze die Patienten über alle Indikationen adäquat behandeln können.

Die partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung (Feld IV) überwindet bei der Behandlung eines Krankheitsbildes zwar eine oder mehrere Sektorengrenze(n), mögliche Schnittstellenprobleme mit den übrigen Leistungsbereichen bleiben aber ungelöst. Bei der vollständig sektorübergreifenden indikationsspezifischen Versorgung (Feld V) erfolgt die Betreuung und Behandlung über alle Leistungsbereiche hinweg, d. h. von der Prävention bis zur Pflege. Hierunter fallen ambitionierte Disease Management-Konzepte, die sich als indikationsbezogene Verträge neben Vergütungsfragen vor allem auf Qualitäts- und Behandlungsstandards beziehen (Thorenz 2007: S. 73ff.; Knappe 2008: S. 17). Die sektor- und indikationsübergreifende Versorgung (Feld VI) stellt mit ihrer umfassenden Populationsorientierung unter Integrationsaspekten das anspruchsvollste Konzept aller Kombinationen von Indikationstiefe und -breite dar. Der § 140a Abs. 1 SGB V enthält als Sollvorschrift eine solche "bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung"⁶¹, die mit regionalem Bezug auf eine integrierte Vollversorgung hinausläuft.

⁶⁰ Hausärztenetze können darüber hinaus integrale Bestandteile einer fach- und sektorübergreifenden Versorgung (von Feld III bis VI) bilden.

⁶¹ Der ursprüngliche Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG sah noch vor, die Anschubfinanzierung und damit die Förderungswürdigkeit der Versorgungsverträge an den Bevölkerungsbezug zu knüpfen. In weiteren Gesetzgebungsverfahren verzichtete man dann auf diese Bedingung (vgl. Fraktionen der CDU/CSU und SPD 2006: S. 94).

Tabelle 1: Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite

Indikationstiefe Indikationsbreite	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indika- tionsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbe- zogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergrei- fende sektorspezi- fische Versorgung III				sektor- und indi- kationsübergreifende Versorgung VI

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumann 2006: S. 206.

4.2 Managed Care-Elemente im deutschen Gesundheitssystem

Das Konzept Managed Care stützt sich nicht auf eine umfassende theoretische Grundlage und es gibt auch keine schlüssige Definition, die diesen Begriff mit Hilfe konstitutiver Elemente eindeutig von anderen Koordinationsmechanismen und Steuerungsverfahren abgrenzt (Amelung et al. 2008: S. 9; SVR-G 2007: Ziffer 285; Wille 2007: S. 85). Managed Care kennzeichnet vielmehr ein Bündel unterschiedlicher Organisationsformen in Verbindung mit einer Vielzahl von Steuerungselementen, die in diversen Kombinationen zum Einsatz kommen können. Entsprechend unterschiedlich und vielschichtig finden die verschiedenen Arrangements und Instrumente in den einzelnen Ländern Anwendung (Amelung et al. 2009). Trotz dieser terminologischen Unbestimmtheit bilden die Überwindung der Trennung zwischen Leistungserbringung und Finanzierung sowie das selektive Kontrahieren in nahezu allen Definitionen und praktischen Anwendungen zentrale, wenn nicht priore Charakteristika von Managed Care (so auch Amelung et al. 2008: S. 9).

Um mit Hilfe von Managed Care-Konzepten das Ziel einer effizienteren und effektiveren Gesundheitsversorgung zu realisieren, bedarf es neben der selektivvertraglichen Organisationsform noch weiterer Steuerungselemente. Dabei handelt es sich vor allem um folgende Komponenten, die überwiegend ihrerseits mit dem selektiven Kontrahieren in einer engen funktionalen Beziehung stehen (SVR-G 2007: Ziffer 285ff.; Wille 2009: S. 100f.):

- Im idealtypischen Sinne bildet, wie bereits angedeutet, die konsequente Umsetzung der Managed Care-Idee die Integration von Leistungserbringung und -finanzierung. Wenn sich beide Funktionen vollständig in einer Hand befinden, erübrigen sich selektive Verträge. Eine solche Integration gibt es in Deutschland nur innerhalb der Bundesknappschaft aufgrund ihrer besonderen Versicherungsform (Müller et al. 2007a; Müller et al. 2007b).
- Es findet eine sektorübergreifende Kooperation und Koordination zwischen allen am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringern statt. Diese Abstimmungsprozesse reichen im Prinzip von der Prävention bis zur Pflege.
- Managed Care-Konzepte besitzen idealerweise einen indikationsübergreifenden Populationsbezug (siehe Feld VI in Tabelle 1). Daneben können aber auch Disease Management und Case Management zum Einsatz kommen. Während Disease Management die Versorgung einer Patientengruppe mit gleichartigen, zumeist chronischen Erkrankungen koordiniert und steuert (Wiechmann 2003: S. 62), bezieht sich Case Management auf die Behandlung einzelner,

komplizierter und in der Regel kostenintensiver Krankheitsfälle (Lehmann 2003: S. 39; Thorenz 2007: S. 67 ff.).

- Im Rahmen selektiven Kontrahierens vereinbaren die Krankenkassen mit ausgewählten Leistungserbringern bestimmte Versorgungsinhalte und Behandlungsmodalitäten, wie z. B. Leitlinien und Qualitätsstandards, Einholung einer Zweitmeinung bei Krankenhauseinweisungen, bestimmte Operationen und Vereinbarungen teurer Medikamente, Mindestzahlen bei stationären Eingriffen, maximale Wartezeiten der Patienten, kassenspezifische Positivlisten für Arzneimittel, Rabattverträge.
- Es erfolgt eine gezielte Steuerung der Patienten zu den jeweils für die Behandlung geeigneten Versorgungseinheiten. Diese Steuerungsfunktion übernimmt häufig ein vom Patienten ausgewählter Primärarzt oder ein anderer "Arzt des Vertrauens", der als "gatekeeper" fungiert. Die Patienten verpflichten sich üblicherweise in Form einer Einschreibung, auf eine freie Arztwahl zu verzichten und nur Ärzte des jeweiligen Netzwerkes aufzusuchen. Das Managed Care-Konzept kann es den Patienten aber auch freistellen, unter Inkaufnahme finanzieller Abschläge Ärzte zu konsultieren, die dem Netz nicht angehören.
- Die Krankenkassen können mit Hilfe von prospektiven Vergütungsformen das Morbiditätsrisiko ganz oder teilweise auf die Leistungserbringer verlagern und diese damit am ökonomischen Risiko beteiligen. Hierzu bieten sich Komplexpauschalen für abgegrenzte Leistungsbündel (service bundling im Rahmen von prospective pricing) oder in Form von Capitation-Modellen kontaktunabhängige pauschale Vorausvergütungen für die Gesundheit aller im Budgetjahr stattfindenden Behandlungen an (siehe Kapitel 4.7).
- Eine partizipative Entscheidungsfindung im Sinne von Shared Decision Making, d. h. die Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen, verspricht eine Erhöhung der Compliance der Patienten (Loh et al. 2007). Diese nehmen im Prozess der gesundheitlichen Leistungserstellung nicht nur die Position des Nutzers, sondern auch die des Produzenten ein, so dass das Behandlungsergebnis letztlich ein "joint product" darstellt.⁶²
- Zur Beeinflussung der Inanspruchnahme von Leistungen bzw. des Patientenverhaltens bieten sich Selbstbehalt- und andere Wahltarife,

⁶² In diesem Kontext sieht das Modell "Gesundes Kinzigtal" zwischen Arzt und Patient gemeinsam abgeschlossene Zielvereinbarungen vor (Seiler 2007: S. 142).

Beitragsrückerstattungen, Boni sowie Ermäßigungen bei Zuzahlungen an.

- Bei Capitation-Konzepten bzw. pauschalierten prospektiven Vergütungsformen spielt wegen drohender Unterversorgung die Qualitätssicherung eine noch größere Rolle als bei Versorgungssystemen mit Einzelleistungsvergütung. Ein Utilization- und ein Outcome-Management vermögen hier die Qualitätssicherung, die im Sinne von Lerneffekten auf der Fortschreibung eines validen Indikatorensystems aufbauen sollte, wirksam zu ergänzen. Utilization Management versucht, über eine prospektive, begleitende und retrospektive Beobachtung der Leistungsanspruchnahme das Versorgungsgeschehen zu kontrollieren und zu gestalten. Outcome-Management beinhaltet die Messung der Prozesse und Ergebnisse, ihre Evaluation einschließlich Bewertung und Benchmarking sowie als Feedback die Rückmeldung dieser Informationen an die Beteiligten. Sofern hinreichende Kenntnisse über die Ursache-Wirkungsbeziehungen des gesundheitlichen Leistungserstellungsprozesses vorliegen, kann sich auch die Vergütung der Leistungserbringer im Sinne von "Risk Sharing" bzw. "Payment by Results" an Niveau und Entwicklung der gesundheitlichen Outcomes orientieren.

Um die Zielsetzungen zu realisieren, die Managed Care-Konzepte anstreben, implementierte der Gesetzgeber auch im deutschen Gesundheitswesen, vor allem in der GKV, seit Ende der 90er Jahre sukzessiv mehrere Regelungen, die es den Krankenkassen und den Leistungserbringern erlauben, von der herkömmlichen Versorgung⁶³ mit ihrer kollektivvertraglichen Organisation abzuweichen. Diese Regelungen zielen auf eine Überwindung der Sektorengrenzen, insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich, und eröffnen für Krankenkassen und Leistungserbringer auch überwiegend die Möglichkeit zu selektivem Kontrahieren. Dabei strebt die Schaffung selektiver Vertragsoptionen vornehmlich eine Stärkung der Wettbewerbsorientierung und in Verbindung mit einer sektorübergreifenden Versorgung eine Steigerung von Effizienz und Effektivität des Gesamtsystems an. Entsprechend ihrem zentralen Anliegen, die Sektorengrenzen der zuvor abgeschotteten Leistungsbereiche zu überwinden, wurde die entsprechende Thematik unter der Überschrift bzw. dem Titel "Integrierte Versorgung" erörtert und teilweise kontrovers diskutiert

⁶³ Da mit Ausnahme der Modellvorhaben (siehe Tabelle 2) alle besonderen Versorgungsformen in rechtlicher Hinsicht zur Regelversorgung gehören, bezeichnen wir die kollektivvertragliche Organisationsform im Folgenden als "herkömmliche Versorgung".

(so auch die Titel von Amelung et al. 2008 und Weatherly et al. 2007 sowie SVR-G: Ziffer 275ff.). Dabei verzichtete der Gesetzgeber auf eine abschließende Definition des Begriffs und bezeichnet nur die Regelung in § 140 a-d SGB V als "integrierte Versorgung" bzw. "Verträge zu integrierten Versorgungsformen". Diese Terminologie erscheint insofern etwas missverständlich gewählt, als sich die inzwischen bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zu einer sektorübergreifenden Versorgung und zu selektivem Kontrahieren keineswegs auf diese "integrierten Versorgungsformen"⁶⁴ beschränken.

Elemente von Managed Care und damit auch die Möglichkeit zu einer sektorübergreifenden Versorgung und zu selektivem Kontrahieren beinhalten die sog. besonderen Versorgungsformen, über die Tabelle 2 einen synoptischen Überblick gibt. Dabei unterscheiden sich die besonderen Versorgungsformen jeweils durch ein oder mehrere Managed Care-Elemente von der "herkömmlichen Versorgung", die obligatorisch auf Kollektivverträgen basiert. Die besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Abs. 3 SGB V auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b, obgleich diese wegen fehlender fach- und sektorenübergreifender Orientierung als solche in keinem Fall zur integrierten Versorgung gehört (siehe auch Kapitel 4.3). Die hausarztzentrierte Versorgung kann aber im Rahmen einiger spezieller Organisationsformen integrierter Versorgung, z. B. bei den integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d, einen integralen und zentralen Bestandteil bilden. Mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung ermöglichen alle besonderen Versorgungsformen eine interdisziplinär fachübergreifende Ausrichtung, aber nur die Modellvorhaben, integrierten Versorgungsformen und strukturierten Behandlungsprogramme besitzen jeweils eine sektorübergreifende Orientierung. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen und den integrierten Versorgungsformen setzte der Gesetzgeber zudem spezielle finanzielle Anreize, die diesen beiden Varianten in den letzten Jahren bei Krankenkassen und Leistungserbringern eine besondere Attraktivität verliehen.

⁶⁴ Im Folgenden wird im Rahmen des § 140a-d SGB V von "integrierten Versorgungsformen" gesprochen und der Terminus "integrierte Versorgung" als Oberbegriff für sektorübergreifende Kooperations- und Koordinationsprozesse benutzt; siehe auch Kapitel 4.3.

Tabelle 2: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	Hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	X ³⁾
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation		X	X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen. 2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt. 3) Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Quelle: In Anlehnung an SVR-G 2007: Ziffer 380 sowie Wille 2007: S. 87.

Die besonderen Versorgungsformen eröffnen den Vertragspartnern, d. h. Krankenkassen und Leistungserbringern, somit die Option, abweichend von der herkömmlichen kollektivvertraglichen eine spezifische Versorgung anzubieten. Mit Ausnahme der Strukturverträge⁶⁵ erlauben alle besonderen Versorgungsformen ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, auch wenn dies bei den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f-g SGB V vom Anreizsystem her kaum eine Relevanz besitzt. Die Gesetzeslage ermöglicht somit bei vier Versorgungsformen selektives Kontrahieren ohne Einbezug der KVen, schließt deren Beteiligung als Vertragspartner aber nur im Falle der integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d SGB V grundsätzlich aus. Die KVen können auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung als Vertragspartner fungieren, sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer sie hierzu ermächtigen. Insoweit die KVen als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies allerdings nicht im Rahmen von Kollektivverträgen. Die KVen agieren dann unter den gleichen Bedingungen wie z. B. Gruppen von Leistungserbringern. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige besondere Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Der Sicherstellungsauftrag kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren, was aber wohl erst bei einem signifikanten Anteil an Versicherten und Patienten, die solche Versorgungsformen wählen, Relevanz erlangen dürfte. Die Frage, wann der Sicherstellungsauftrag von den KVen auf die Krankenkassen übergehen soll, hängt somit vom Anteil der Versicherten ab, die sich in die selektionsvertraglich organisierten Versorgungsmodelle einschreiben. Zur Regelversorgung gehören alle Versorgungsformen mit Ausnahme der zeitlich befristeten Modellvorhaben. Diese und die strukturierten Behandlungsprogramme schreiben als einzige Versorgungsformen eine obligatorische Evaluation der Projekte durch unabhängige Sachverständige vor.

Neben den besonderen Versorgungsformen zielen auch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Abs. 1 SGB V als "fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen" auf eine integrierte Versorgung mit zumindest interdisziplinärer fachübergreifender Orientierung. Sofern sie sich im Eigentum von Krankenhäusern befinden, liegt zudem eine sektorübergreifende Kooperation nahe. Dabei stieg der Anteil der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern in den letzten Jahren stetig an und

⁶⁵ § 53 Abs. 3 SGB V führt im Rahmen der besonderen Versorgungsformen die Strukturverträge nicht expressis verbis an. Ihre Einbeziehung erscheint in diesem Kontext jedoch insofern berechtigt, als sie zu den ersten gesetzlichen Möglichkeiten gehören, um Vereinbarungen zu treffen, die von der herkömmlichen Versorgung abweichen.

liegt derzeit bei 36,9 % (2. Quartal 2008; siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008a, S. 3). Da die MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, stehen sie im Wettbewerb mit Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Ambulante Ärzte können sich aber auch, ohne auf MVZ zurückzugreifen, zu größeren Leistungseinheiten zusammenschließen, denn das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 erlaubt die Anstellung von Ärzten auch fachgebietsübergreifend ohne zahlenmäßige Begrenzung. MVZ und die Optionen des VÄndG versprechen nicht nur eine Intensivierung des Wettbewerbs im ambulanten Bereich, sondern auch an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Schließlich können die KVen nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten, der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

4.3 Zu internationalen Erfahrungen mit Managed Care

Auf der Grundlage der Erfahrungen in den USA können vom Einsatz von Managed Care Instrumenten kostensenkende Effekte erwartet werden. In einer Analyse des Managed Care-Ansatzes in den USA zeigen Jacobs und Schulze (2007: S.88) u. a. auf, dass sich ein Such- und Entdeckungsprozess aufgrund der "hohen Freiheitsgrade hinsichtlich der Vertragsinhalte der Versorgungsverträge – insbesondere in Bezug auf Steuerungsinstrumente und Vergütungsformen" entwickelt hat (vgl. auch Sekhri 2000). In einer stark wettbewerbsgetriebenen Phase konnten eventuelle Fehlentwicklungen erkannt, abgeändert und die Programme modifiziert werden. Vornehmlich war für die Arbeitgeber – als "Einkäufer" – die Aussicht auf geringere Prämienzahlungen bzw. die mit Managed Care-Modellen verbundene Aussicht auf Einsparungen von Interesse. (Sekhri 2000; Jacobs & Schulze 2007). Dieser "buyer driven competition" entwickelte sich jedoch nicht im Sinne der Versicherten und deren Präferenzen. Insgesamt wird dem Managed Care-Ansatz auf dem US-Versicherungsmarkt eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben bescheinigt. Sekhri (2000: S.836) zeigte im intertemporalen Vergleich, dass die Steigerungsrate für den Zeitraum 1995-1998

(31 %) um mehr als die Hälfte geringer war als für den Zeitraum von 1988-1992 (67 %).

Insbesondere in den 1990er Jahren galten die eingesetzten Formen des Managed Care im Hinblick auf Kostenkontrolle und Einschränkung der Wahlfreiheiten als vergleichsweise restriktiv. Die stark abnehmende Zustimmung zu diesen Modellen in der Bevölkerung löste damals den sogenannten "managed care backlash" aus. Ende der 90er Jahre forderten mehr und mehr Leistungsanbieter und Versicherte eine ihren Präferenzen stärker entsprechende Versorgung, da sie sich in ihren Wahl- bzw. Behandlungsfreiheiten zu stark eingeschränkt fühlten. Es entwickelte sich Widerstand gegen die eingesetzten Kostenbegrenzungsinstrumente. Die restriktive Handhabung des Zugangs zu medizinischen Leistungen wurde als Reaktion auf diese zunehmende Opposition gelockert (Mays et al. 2004).

In einer neueren Untersuchung zu Managed Care kommen Reinhard et al. (2004) zu dem Schluss, dass die beobachteten Effekte (Kosteneinsparungen) lediglich eine "abnormale Periode" in der Geschichte des amerikanischen Gesundheitssystems darstellten. Infolge der starken Fragmentierung der Nachfrageseite auf dem US-Versicherungsmarkt verschob sich zusätzlich die Marktmacht zugunsten der Leistungsanbieter, was wiederum zu einem Anstieg der Kosten führte. Weitere Studien gehen davon aus, dass ein stark selektivvertraglich gestaltetes System möglicherweise Ineffizienzen eher fördert.

Sekhr (2000), Reinhard et al. (2004) und Jabocs & Schulze (2007) bestätigen den ausgabendämpfenden Effekt eines massiven Einsatzes von Managed Care-Instrumenten, der in den 1990er Jahren erzielt werden konnte. Gleichmaßen sank, Befürchtungen zum Trotz, die Qualität der Versorgung nicht erkennbar ab. Begründet wird dies unter anderem damit, dass die Versorgung nicht von einem einzelnen Versicherungsplan abhängt, sondern von dem Arzt, der die Leistung erbringt.

In einer Längsschnittanalyse US-amerikanischer Versicherungsdaten aus den Jahren 1998-2000 untersuchen Scanlon & Swaminathan et al. (2008), welchen Effekt der Wettbewerb auf die Qualität der medizinischen Versorgung ausübt. Die Autoren kommen zum Schluss, dass der Grad des Wettbewerbs die Qualität nicht steigert. Daraus folgern die Autoren, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen auf dem US-amerikanischen Gesundheitsmarkt Strategien, die den Wettbewerb zwischen Managed Care-Organisationen fördern, nicht zu einer höheren Qualität führen, weil für die maßgeblichen Nachfrager, nämlich die Arbeitgeber als "Einkäufer" von Gesundheitsversorgung, der Preis das entscheidende Kriterium bildet und das Ziel möglichst geringer Prämien die Nachfrage dominiert. Als ein weiterer Grund wird die Fragmentierung des Marktes angeführt, die einen effektiven Qualitätswettbewerb verhindert.

In einer vergleichenden Analyse amerikanischer und kanadischer Verwaltungskosten im Gesundheitssystem (Datengrundlage 1999) wurde untersucht, inwieweit durch Einsatz von Computern und Managed Care sowie durch betriebswirtschaftliche Ansätze Kostensenkungen erreicht wurden (Woolhandler et al. 2003). Ein früherer Vergleich von Woolhandler & Himmelstein (1991) kam zu dem Ergebnis, dass in den 1980er Jahren die Verwaltungskosten in den USA weitaus höher lagen als in Kanada. Der aktuellen Studie zufolge stiegen die Verwaltungskosten⁶⁶ in den USA insgesamt seitdem noch deutlicher an und lagen um \$ 752 pro Kopf⁶⁷ höher als in Kanada. Die Gesamtverwaltungsausgaben betragen für das Jahr 1999 in den USA mindestens \$ 294,3 Mrd. (\$ 1.059 pro Kopf). Sie nahmen somit einen Anteil von 30 % an den Gesamtgesundheitsausgaben ein. In Kanada lag dieser Anteil bei 16,7 % (\$ 307 pro Kopf / \$ 9,4 Mrd. Verwaltungskosten pro Jahr). Die Autoren kommen zum Schluss, dass ein "system with multiple insurers is also intrinsically costlier than a single-payer system" (Woolhandler et al. 2003: S.773). Sie führen dies auf die komplexen Abrechnungsmodalitäten kleinerer Versicherungen zurück, weil die Leistungserbringer mit einer Vielzahl an Kostenträgern abrechnen müssten. Auch Sekhri (2000) schätzt, dass die aus der Vielfalt an Verträgen resultierende Fragmentierung Transaktionskosten in nicht unerheblicher Höhe verursacht. Ein durchschnittlicher Versicherungsplan verwende zwischen 12-20 % seiner Einnahmen auf administrative Tätigkeiten (Sekhri 2000, S.835). Hinzu kommen 6-8 % Verwaltungskosten für die Independent Practice Association (IPA), der ein Arzt angehören kann, und schließlich die Verwaltungskosten des einzelnen Arztes innerhalb seiner Praxis.

Sekhri (2000) geht in der Überblicksarbeit zu Managed Care in den USA davon aus, dass sich eine Vielfalt von Managed Care-basierten Versicherungsprodukten positiv im Hinblick auf die Konsumentenauswahl auswirkt, weil sich der Konsument präferenzgerecht versichern kann. Auch kann bei Versicherungsproduktwechsel zumeist weiterhin derselbe Arzt besucht werden, da Ärzte mit einer Vielzahl an Versicherungsanbietern Verträge abschließen haben⁶⁸. Allerdings verursacht jeder Wechsel Verwaltungskosten und erhöht die Komplexität des Systems (Sekhri 2000; Reinhard et al.

66 Untersucht wurden in der Studie die Verwaltungskosten der Versicherung, der Arbeitgeber sowie von Pflegeheimen, Ärzten und Pflegediensten.

67 Aus der Studie geht nicht hervor, ob es sich bei dem Vergleich nur um die Versicherten handelt oder die amerikanische Gesamtbevölkerung.

68 In der Übersichtsarbeit wird erwähnt, dass ein im ambulanten Bereich tätiger Arzt in Kalifornien durchschnittlich (direkt oder indirekt über ein Netzwerk) 15 verschiedene Verträge mit Kostenträgern abgeschlossen hat (Sekhri 2000: S.835).

2004: S.13). Für den Versicherer könnte der Anreiz zu Investitionen in Prävention sinken, weil er sich nicht sicher sein kann, ob sich diese hinsichtlich der Versicherungslaufzeit lohnen werden.

Angesichts der seit Jahren wieder steigenden Gesundheitsausgaben einerseits und des "managed care backlash" andererseits haben sich veränderte Strategien der Ausgabendämpfung entwickelt. Eine Befragung von Arbeitgebern in den USA zeigt, dass die durchschnittlichen Versicherungsprämien zwischen 1999 und 2008 um 119 % für Arbeitgeber und um 117 % für Arbeitnehmer gestiegen sind (Kaiser Family Foundation and Health & Educational Trust 2008). Der starke Anstieg führt vermehrt zum erneuten Einsatz von Managed Care-Instrumenten, jedoch werden sie weit aus weniger rigoros eingesetzt als in den 90er Jahren und gelten für die ganze Palette an Versicherungsplänen, nicht nur für Gatekeeper-Modelle (z. B. Health Maintenance Organizations) (Mays et al. 2004). Zudem werden die steigenden Kosten stärker an die Versicherungsnehmer bzw. Arbeitnehmer weitergegeben (Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust 2008; Mays et al. 2004).

Aufgrund des Erfolges der Managed Care Bewegung in den USA adaptierte unter anderem die Schweiz Instrumente des Managed Care-Ansatzes. Hierbei lag ein Schwerpunkt auf der Steuerungsfunktion von Hausärzten im Sinne des gatekeepings (vgl. Kapitel 4.2). Seit dem Jahr 1993 gibt es Hausarztmodelle (HAM), welche den Versicherten dazu anhalten, seinen Zugang zu Fachärzten einzuschränken und zuerst den Hausarzt aufzusuchen.⁶⁹ Inwiefern diese Modelle ausgabensenkende Effekte haben, wurde für die Kantone Zürich und Genf analysiert (Felder & Werblow 2004). Basierend auf Daten von 80.000 Versicherten einer Schweizer Krankenkasse und 1.500 Hausärzten versuchen die Autoren der Studie, die Ausgabeneffekte zu quantifizieren. Selektionseffekte, die sie feststellten, ergaben sich zum einen durch die im Durchschnitt jüngeren und gesünderen Versicherten des HAM als auch durch die höhere Produktivität der am HA-Modell partizipierenden Ärzte.

⁶⁹ Eine Teilnahme an einem solchen Modell bedeutet für den Versicherten einen eingeschränkten Zugang zur Facharztversorgung, jedoch auch einen Prämienrabatt von durchschnittlich 10 %. Teilnehmende Hausärzte unterliegen definierten Qualitätsstandards, werden insgesamt als Gruppe an den erzielten Einsparungen beteiligt und erhalten somit auch einen finanziellen Teilnahmeanreiz.

Tabelle 3: Kostenevaluation Hausarztmodell

Die Leistungen 1999 pro Patient in SFr					
(Aufteilung auf erstbehandelnden Hausarzt u.nachgelagerten Leistungserbringer)					
Zuordnung		Entscheidung des Hausarztes		Durch andere Ärzte veranlasste o. stat. Leistungen (A)	Gesamtleistung (E+V+A)
Ärzte	Patienten	Eigene Leistungen (E)	Veranlasste Leistungen* (V)		
(Anzahl)	(Anzahl)				
HAM (144)	HAM (3234)	262	958	411	1.631
HAM (144)	Konv.(5016)	403	409	2.887	3.699
Konv. (946)	Konv. (70337)	511	316	2.585	3.357

*ohne Krankenhaus

Quelle: Felder & Werblow (2004), eigene Darstellung

Die HAM-Patienten wiesen um 58,5 % geringere Ausgaben auf, als konventionelle, d. h. nicht am HAM teilnehmende, Versicherte (vgl. Tabelle 3). Damit sind die Gesamtausgaben für HAM-Versicherte deutlich geringer ausgefallen, rechnete man die Selektionseffekte (für Versicherte und Ärzte im HAM) heraus, ergaben sich schließlich Einspareffekte von 13 %.

In den Niederlanden sollten Ausgabenbegrenzungen durch gesetzlich geregelte Zugangsbeschränkungen zu medizinischen Leistungen für Patienten erreicht werden. Den Hausärzten kommt bei der Umsetzung dieses Ziels eine entscheidende Funktion zu. Vor diesem Hintergrund wurde in einer Studie von Linden M, Gothe H et al. (2004) das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten in den Niederlanden und in Deutschland verglichen. Die Studie basiert auf Daten, die im Rahmen einer internationalen Studie zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Primärversorgung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengestellt worden waren. Die Studie wertete nur Neukontakte aus, d. h. die letzte Inanspruchnahme fand mindestens zwölf Wochen zuvor statt. Die Analyse zeigt, dass für 95,5 % der Patienten in den Niederlanden der Hausarzt der erste Kontakt bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen war. In Deutschland besuchten immerhin 68,8 % der Patienten zuerst einen Allgemeinmediziner, der Facharzt war für 18,8 % der erste Anlaufpunkt. Die anschließenden Überweisungsraten der Allgemeinmediziner war für beide Länder ähnlich (18,4 % in den Niederlanden und 16,2 % in Deutschland). In den ersten drei Monaten nach Erstkontakt kam es in den Niederlanden häufiger zu Krankenhauseinweisungen als in Deutschland (1,4 % zu 0,1 %),

eine Entwicklung, die sich im Folgejahr der Beobachtung fortsetzte (2,5 % in den Niederlanden im Vergleich zu 1,6 % in Deutschland).⁷⁰

Insgesamt kommen die Autoren zum Ergebnis, dass ein Primärarztmodell die erhofften Effekte einer geringeren Inanspruchnahme hinsichtlich Arztkontakten zu realisieren vermag. Die erhöhte Arztkontaktfrequenz wird darauf zurückgeführt, dass in einem freien Arztwahlssystem die Ärzte "patientengewandter agieren" als in einem System mit geringerem Konkurrenzdruck (Linden & Gothe et al. 2004: S.2602).

Um die Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung auf der Grundlage internationaler Erfahrungen abzuschätzen, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten (2009) einen systematischen Review erstellt. Dabei interessierte vor allem, ob und inwieweit die bisherigen internationalen Erfahrungen die diesem Konzept aus theoretischer Sicht zugeschriebenen positiven Effekte, wie eine Steigerung von Effizienz und Effektivität, oder negativen Wirkungen, wie Risikoselektion und Leistungseinschränkung, bestätigen. Der Review berücksichtigte nur kontrollierte Studien, die auf der Basis von Primärdaten die Auswirkungen der jeweiligen Managed Care-Konzepte auf festgelegte Endpunkte bei definierten Populationen beschreiben. Ein Schwergewicht lag dabei auf den Effekten, die von Managed Care auf ältere Patienten mit chronischen und Mehrfacherkrankungen ausgehen.

Der Suchalgorithmus lieferte in der zur Recherche ausgewählten Datenbank PubMed zunächst 10.994 Literaturstellen mit 1032 Reviews. Nach Anwendung aller Ein- und Ausschlusskriterien verblieben 107 Studien, bei denen im Hinblick auf die Ausgangsfrage eine eingehende Analyse erfolgte. Bei diesen 107 alle in den USA durchgeführten Studien handelte es sich in der Mehrzahl um Kohorten- (58) und Querschnittsstudien (34). Eine Randomisierung beinhalteten nur 6 Studien und 5 wiesen ein quasi experimentelles Design auf. Tabelle 3 fasst das Gesamtergebnis des Reviews zusammen.

Wie Tabelle 3 ausweist, lassen die Ergebnisse des Reviews keine eindeutige Tendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgungsqualität durch Managed Care erkennen. Zwischen den Studien mit positiven und solchen mit negativen Effekten besteht nahezu ein Gleichgewicht. Dieses Ergebnis entspricht weitgehend den obigen Feststellungen sowie den meisten bisherigen Reviews und Übersichten zu den Wirkungen

⁷⁰ Dies mag unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass Fachärzte in den Niederlanden ausschließlich im stationären Sektor tätig sind.

Tabelle 3: Wirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung

Effekt auf Qualität	Anzahl der Studien	Anteil der Studien in Prozent
positiv (+)	18	16,8
überwiegend positiv (0/+)	21	19,6
neutral (0)	40	37,4
überwiegend negativ (0/-)	11	10,3
negativ (-)	17	15,9
Gesamt	107	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

von Managed Care in der internationalen Literatur. Unbeschadet inhaltlicher und methodischer Einschränkungen erlauben die Ergebnisse dieses Reviews im Detail folgende Feststellungen bzw. entsprechende Tendenzaussagen:

- Studien zu Beginn der Einführung von Managed Care gelangten ebenso wie neuere Studien eher zu positiven, solche aus den 1990er Jahren eher zu negativen Ergebnissen.
- Die Art des Managed Care-Konzeptes, wie z. B. Health Maintenance Organization (HMO) versus andere Formen, spielte hinsichtlich der Ergebnisse keine nachweisbare Rolle.
- Studien, die gezielt die Auswirkungen von Managed Care-Programmen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Kinder und Jugendliche, Frauen, ältere Versicherte oder solche mit niedrigem sozialen Status, untersuchten, weisen keine Verschlechterung der Versorgungsqualität, sondern recht gute Ergebnisse auf.
- Im Vergleich mit einer Fee-for-service-Vergütung erreicht Managed Care bei privaten Versicherungen schlechtere Ergebnisse als im Medicare/Medicaid-Bereich.
- Hinsichtlich der Patientenzufriedenheit mit der Versorgung schneidet Managed Care etwas schlechter als alternative Konzepte ab, besitzt jedoch deutliche Vorzüge bei der medizinischen Prävention.
- Es traten keine Unterschiede in den Studien mit einfachen Endpunkten gegenüber solchen mit komplexen Endpunkten auf.

Bei der Frage nach Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die deutsche Gesundheitsversorgung gilt es zunächst zu beachten, dass es sich hier ausschließlich um Studien handelt, die Managed Care in den USA und damit in einem gänzlich anders organisierten Gesundheitssystem analysieren und

bewerten. Zudem standen bei dem Review im Hinblick auf die Ziele der Gesundheitsversorgung Qualitäts- und weniger Kosten bzw. Effizienzaspekte im Vordergrund. Ferner untersuchte der Review nur Studien und keine Patienten und bei komplexen Endpunkten erlaubte die Datenlage keine Aussagen über die einzelnen der Beurteilung zugrunde liegenden Endpunkte. Insgesamt gesehen sprechen die Ergebnisse dieses Reviews und auch die zuvor referierten Studien weder für eine unmodifizierte Adaption von Managed Care noch für eine pauschale Ablehnung dieses Konzeptes. Es geht vielmehr um die Frage, ob und inwieweit einzelne Instrumente und Strukturen von Managed Care die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern vermögen. Diese Frage stellt sich vor dem Hintergrund der speziellen positiven und normativen Bedingungen, mit denen sich das deutsche Gesundheitswesen konfrontiert sieht, d. h. u. a. der Ausgangslage, der Entwicklungstrends auf der Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV, den bestehenden und künftigen Angebotskapazitäten im Rahmen der Gesundheitsversorgung, aber auch den angestrebten allokativen und distributiven Zielen sowie nicht zuletzt den Wünschen und Erwartungen von Versicherten und Patienten.

4.4 Zum bisherigen Stand von integrierter Versorgung und selektiven Verträgen

Das SGB V verzichtet, wie oben erwähnt (Kapitel 4.2), auch im Zusammenhang mit den besonderen Versorgungsformen auf eine Definition von "integrierter Versorgung". Im Rahmen dieses Gutachtens erscheint es zwar nicht erforderlich, eine allgemeingültige oder gar abschließende Definition dieses Begriffes anzustreben, wohl aber einige konstitutive Charakteristika herauszuarbeiten, ohne die das Konstrukt integrierte Versorgung die mit ihm angestrebten Ziele nicht zu erfüllen vermag. Die integrierte Versorgung bildet ähnlich wie das selektive Kontrahieren keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument bzw. Instrumentenbündel zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Unter diesem Aspekt erscheint es sinnvoll und für die folgenden Ausführungen hilfreich, im Rahmen von Versorgungsprozessen zunächst zwischen Koordination, Kooperation und Integration in funktionaler Hinsicht zu unterscheiden.

Die Koordination von Versorgungsprozessen setzt zunächst eine Kommunikation bzw. Absprachen zwischen den zu beteiligenden Akteuren voraus. Sie kann sowohl innerhalb einer Organisation und Institution, wie z. B. einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus, als auch zwischen ökonomisch und rechtlich voneinander unabhängigen Versorgungseinheiten erfolgen. Koordinationsprozesse bezwecken zumeist die Realisierung eines bestimm-

ten Zieles und ihre Notwendigkeit nimmt in dieser Hinsicht mit einer fortschreitenden Spezialisierung und Arbeitsteilung zu.

Die Kooperation beinhaltet Koordinationsprozesse zwischen wirtschaftlich und rechtlich unabhängigen Versorgungseinheiten, z. B. zwischen Arztpraxen oder zwischen Krankenhäusern oder auch zwischen diesen und Arztpraxen. Die Koordination stellt damit eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die Existenzen einer Kooperation dar. Kooperationen können somit sowohl zwischen Versorgungseinheiten innerhalb eines Leistungssektors als auch sektorübergreifend stattfinden. So geht es z. B. bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe überwiegend um adäquate Koordinationsprozesse innerhalb einer wirtschaftlich selbständigen Versorgungseinheit. Dies gilt für die Delegation von Leistungen nahezu immer und trifft auch häufig bei der Substitution zu. Die Substitution von Gesundheitsleistungen kann aber auch zwischen selbständigen Versorgungseinheiten, wie z. B. dem Arzt auf der einen und dem Apotheker oder Physiotherapeuten auf der anderen Seite stattfinden, was parallele Kooperationen nicht ausschließt.

Erst wenn die Kooperation und die mit ihnen einhergehenden Koordinationsprozesse die sektorübergreifende Ebene erreichen, sollte von Integration gesprochen werden (so auch Ernst 2008: S. 41). Im Unterschied zu Handlungsweisen, deren Rationalitäten sich an sektorspezifischen Rahmenbedingungen orientieren, zielt die integrierte Versorgung auf die Systemrationalität der gesundheitlichen Leistungserstellung als einem "übergreifenden Ganzen" ab (ähnlich Wiegand et al. 2009: S. 31). Die integrierte Versorgung basiert somit auf Koordinationsprozessen und bezogen auf den Status quo der Versorgung zum weit überwiegenden Teil auch auf Kooperationen zwischen selbständigen Versorgungseinheiten. Im Rahmen der Integration bedarf es allerdings nicht mehr einer Kooperation, wenn die betreffende Versorgungseinheit Elemente mehrerer Leistungssektoren umfasst. Diese umfassende Versorgungseinheit bietet dann ein integriertes Leistungsangebot an, und die zugehörigen Koordinationsprozesse laufen "unter einem organisatorischen Dach" ab. Die Kooperation bildet insofern häufig, aber nicht zwangsläufig eine Voraussetzung für die integrierte Versorgung. Diese gründet sich allerdings wie die Kooperation immer auf Koordinationsprozesse.

Die Koordinationsprozesse nehmen an Komplexität und Vielschichtigkeit von der Koordination innerhalb einer abgegrenzten Versorgungseinheit über die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungseinheiten bis zur integrierten Versorgung zu. Diese Feststellung bezieht sich allerdings nur auf das Koordinationspektrum bzw. die organisatorischen Anforderungen und möglicherweise auch auf den Anspruch, den die Versorgungseinheit an diese Koordinationsprozesse knüpft. Sie bedeutet keine zielorientierte Wer-

tung der jeweiligen Koordinationsprozesse hinsichtlich Effizienz und Effektivität der mit ihnen erreichten Versorgung. Diese Terminologie impliziert insofern noch keine Wertungen, als sie nicht ausschließt, dass unter Zielaspekten die Koordination innerhalb einer sektorbezogenen Versorgungseinheit zu guten, bei einer Kooperation zu mittelmäßigen und im Rahmen einer integrierten Versorgung zu schlechten Ergebnisse führen kann. Über die Zielerreichung der jeweiligen Koordinationsprozesse vermögen nur spezifische Evaluationen Aufschlüsse zu geben.

Die konzeptionellen Bedingungen einer integrierten Versorgung erfüllen somit nur einen Teil der besonderen Versorgungsformen. Unter ihnen beinhalten zwar auch

- die Strukturverträge nach § 73 a SGB V,
- die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b sowie
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c

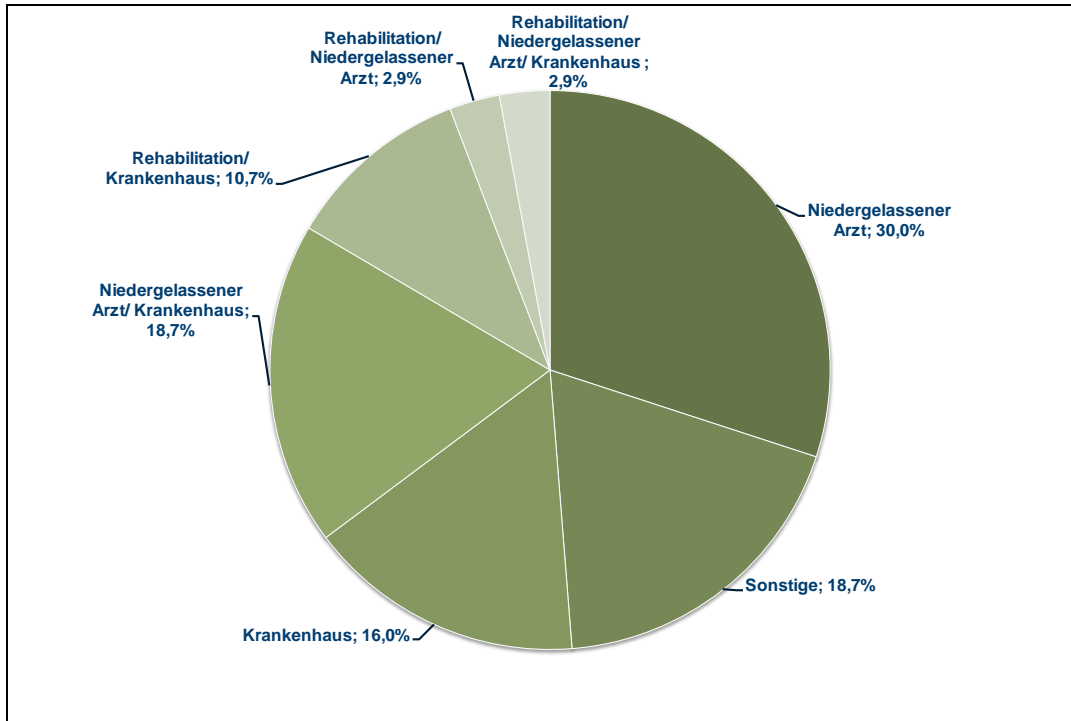
zahlreiche Koordinationsprozesse und möglicherweise auch Kooperationen zwischen einzelnen Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination und damit in unserer Terminologie auch keine integrierte Versorgung. Diese ermöglichen von ihrem konzeptionellen Ansatz her nur

- die Modellvorhaben nach §§ 63 - 65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a - d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f - g.

Die Modellvorhaben, integrierten Versorgungsformen und strukturierten Behandlungsprogramme schaffen zwar gesetzliche Grundlagen für sektorübergreifende Koordinationsprozesse, garantieren aber noch keine Integrierte Versorgung. Alle drei Varianten der besonderen Versorgungsformen können sich auch auf rein sektorale Koordinationen und Kooperationen beschränken. So postulieren die integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V "Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung". Wie Abbildung 4 zeigt, schlossen die Krankenkassen hier zu 46 % Verträge entweder mit niedergelassenen Ärzten oder mit Krankenhäusern.⁷¹ Da der Anteil der sonstigen Vertragsabschlüsse noch 18,7 % beträgt, darf man davon ausgehen, dass im Rahmen der integrierten Versorgungsformen zu über 50 % keine sektorübergreifende Koordination und damit im eigentlichen Sinne auch keine integrierte Versorgung stattfand.

⁷¹ Es handelt sich hier nur um die Verträge, die der Gemeinsamen Registrierungsstelle gemeldet wurden, um die Anschubfinanzierung in Anspruch zu nehmen.

Abbildung 4: Anteile der Kombinationen von Vertragspartnern der Krankenkassen an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen, Stand: 31.12.2008



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH, 2009.

Daneben wiesen nur 55 von den insgesamt 6.183 bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ende 2008 gemeldeten Verträge (siehe auch unten Abbildung 3) einen Populationsbezug auf⁷². Die Anzahl der sektorübergreifenden Verträge mit einer Populationsorientierung (siehe Feld VI in Tabelle 1) dürfte unter zehn liegen. Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzgeber die integrierten Versorgungsformen nach § 140 d SGB V zwischen 2004 und 2008 über eine Anschubfinanzierung speziell förderte, geht die kritische Feststellung hinsichtlich der fehlenden sektorübergreifenden Orientierung eines beachtlichen Teils dieser Verträge – in Verbindung mit einem äußerst geringen Populationsbezug – über definitorische Petitessen hinaus. Das Erfordernis einer Koordination und Kooperation zwischen mindestens zwei verschiedenen (Fach-) Ärzten bildet in konzeptioneller und normativer Hinsicht eine allzu bescheidene Benchmark für das vor al-

⁷² Nach einer repräsentativen Umfrage des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) bei den Krankenkassen mit einem Rücklauf auf Versichertenbasis von 92,5 %. Eine detaillierte Auswertung erscheint im Gutachten 2009.

lem unter organisatorischen Aspekten doch anspruchsvolle Konstrukt "integrierte Versorgung".

Die Bedingung einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung erfüllen bereits die medizinischen Versorgungszentren als "fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen" (§ 95 Abs. 1). Eine derart kurz greifende Koordination und Kooperation vermag zudem das explizite Ziel des § 140 a, "eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung (zu) ermöglichen", nicht zu realisieren. Die gleichen Einschränkungen treffen dann auch für die entsprechenden selektiven Verträge zu. Die Herausforderung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung lassen sich ohne zielorientierte sektorübergreifende Koordinationsprozesse kaum bewältigen. Es erscheint daher angezeigt, das Anforderungsprofil an die integrierte Versorgung etwas anspruchsvoller auszugestalten und dem auch schon begrifflich Rechnung zu tragen. Dies gilt vor allem für den Fall, dass der Gesetzgeber die integrierten Versorgungsformen künftig in irgendeiner Form wieder speziell fördern möchte.

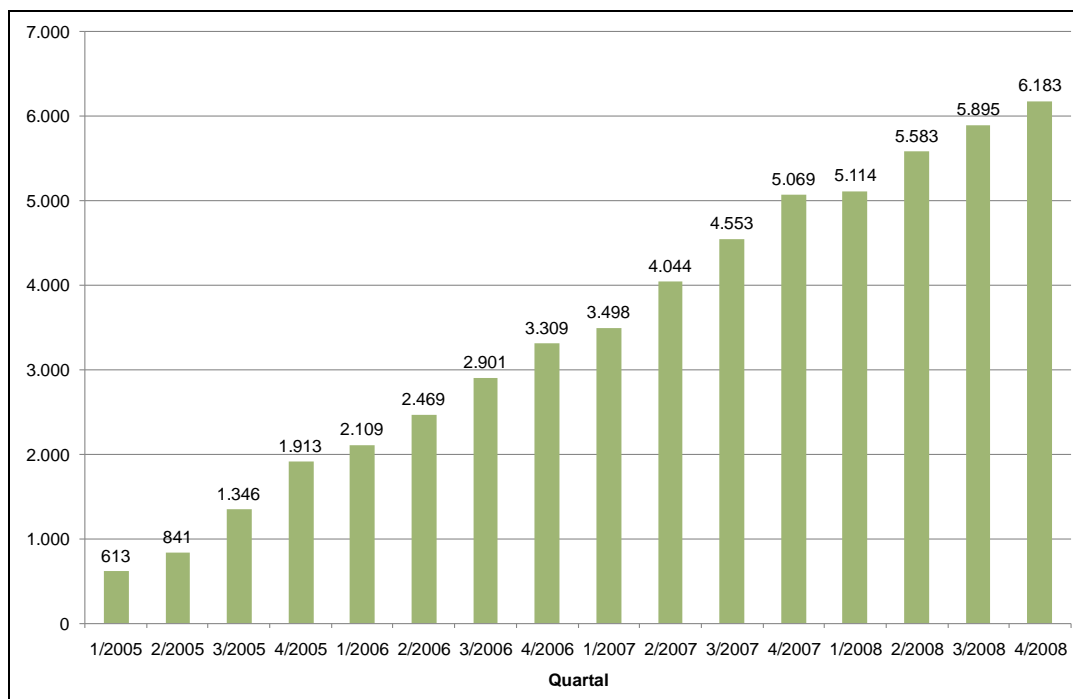
Der Befund, dass die bisherigen integrierten Versorgungsformen nur zu einem Teil einen sektorübergreifenden und kaum einen Populationsbezug besitzen, bedeutet allerdings nicht, dass sich der Gesetzgeber mit seinen vielfältigen Optionen zur integrierten Versorgung und zum selektiven Kontrahieren nicht grundsätzlich auf dem richtigen ordnungspolitischen Weg befindet. Im Unterschied zur Situation vor etwa 10 Jahren ermöglichen die besonderen Versorgungsformen die Inangriffnahme einer Vielzahl von neuen und innovativen Versorgungsformen. Im Zuge dieser Entwicklung gelang es in vergleichsweise kurzer Zeit, sowohl die verkrusteten sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens an manchen Stellen aufzubrechen als auch selektives Kontrahieren zum festen Bestandteil der vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu machen (ähnlich Amelung et al. 2008: S. V f.). Wenn die bisher vorliegende Informationsbasis zu den gemachten Erfahrungen gleichwohl keine empirisch fundierte Zwischenbilanz und kaum darauf aufbauende Lerneffekte erlaubt, so liegt dies zunächst an einer unzureichenden Zahl von Evaluationen durch unabhängige Sachverständige (SVR-G 2007: Ziffer 276). Die integrierten Versorgungsformen sehen als Regelversorgung keine obligatorische Evaluation der Projekte vor, so dass die bisher auf freiwilliger Basis durchgeführten Evaluationen und vor allem die Publikationen ihrer Ergebnisse eine selektive Auswahl darstellen⁷³. Da die meisten Projekte im Rah-

⁷³ So haben von 100 populationsbezogenen Projekten zur hausarztzentrierten Versorgung und zu den integrierten Versorgungsformen bisher nur knapp 30 % eine wissenschaftliche Evaluation umgesetzt; siehe Fußnote 61.

men der integrierten Versorgungsformen erst in den Jahren 2005 bis 2007 starteten, können sich ihre Effekte auch noch nicht in einem größeren Umfang quantitativ messbar und mit signifikanter Wirkung in den Versorgungsergebnissen niederschlagen. Das gilt insbesondere für Initiativen im Bereich der Prävention, aber auch generell, z. B. bei der Versorgung von Chronikern (Lüdtke-Handjery 2009: S. 196). So beträgt die Laufzeit des Modells "Gesundes Kinzigtal", das u. a. auf kostensenkende Präventionsmaßnahmen setzt, 9 Jahre (Seiler 2007: S. 139).

Die Tatsache, dass eine Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern umgehende Reaktionen, d. h. hier Initiativen zu selektivem Kontrahieren, auslösen kann, belegt die Entwicklung der Verträge zu den integrierten Versorgungsformen, die Abbildung 5 veranschaulicht.

Abbildung 5: Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, 2009

Die Straffung des § 140 a-d SGB V sowie die Anschubfinanzierung lösten bei den zuvor nahezu brachliegenden Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen eine stürmische Entwicklung aus. In ähnlicher Weise stimulierte die Anreizstruktur in Form einer Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) die Inangriff- und Zunahme der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f-g SGB V. Obgleich § 137f Abs. 4 den Krankenkassen bei diesen Disease Management

Programmen eine externe Evaluation durch unabhängige Sachverständige "auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards" vorschreibt, gibt es bisher keine umfassende valide Berichterstattung über die Resultate der entsprechenden Programme, sondern lediglich einige selektive Publikationen (siehe hierzu Graf 2008).

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die wenigen veröffentlichten Untersuchungen von eingetretenen Verbesserungen der Chronikerversorgung berichten. Unbeschadet tatsächlicher Behandlungserfolge einiger Disease Management Programme lässt die vorhandene Informationsbasis immer noch offen, ob die strukturierten Behandlungsprogramme insgesamt stärker Qualitätsverbesserungen oder, wie vielfach befürchtet (Häussler & Berger 2004; SVR-G 2007: Ziffer 318; Wille 2007: S. 91), eher einen Einschreibewettbewerb um Patienten verursachten. Bei einer Bewertung dieser Programme gilt es auch die Opportunitätskosten zu berücksichtigen, die durch den erheblichen Verwaltungsaufwand anfielen und dadurch für eine andere nutzenstiftende Verwendung entfielen. Das verständliche fiskalische Interesse der Krankenkassen, über eine Einbindung möglichst vieler Patienten in diese Programme entsprechende Zahlungen aus dem RSA zu erhalten, führte überwiegend zu uniformen Verträgen mit den KVen. Im Unterschied zu den integrierten Versorgungsformen spielte das selektive Kontrahieren im Rahmen der Disease Management Programme daher nahezu keine Rolle. Damit der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren künftig Lerneffekte für das gesamte Gesundheitssystem erzeugen kann, sollten bei bestimmten selektiven Verträgen Evaluationen durch unabhängige Sachverständige obligatorisch durchgeführt werden. Dies gilt in jedem Fall für selektive Verträge, die eine spezielle Förderung erhalten, sowie für medizinisch strittige und/oder ökonomisch aufwendige Projekte.

Die Anschubfinanzierung bei den integrierten Versorgungsformen lief Ende 2008 ebenso aus wie die Anbindung der strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme an den RSA. Es herrscht insofern derzeit Unklarheit über den Fortbestand bzw. die Fortführung der vielfältigen Projekte. Zudem dürften die Unsicherheiten, die für die Krankenkassen mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 einhergehen und hier insbesondere die Furcht vor wettbewerbsschädlichen Zusatzbeiträgen und die Ungewissheit über die Finanzierung der Mindereinnahmen (Pilgrim & Ruff 2009: 2) die Neigung der Krankenkassen, ohne zusätzliche finanzielle Anreize in integrierte Versorgungsprojekte zu investieren, spürbar abschwächen. Bei selektiven Verträgen mit Leistungserbringern stehen dann für die Krankenkassen eher der Preiswettbewerb und weniger der Qualitätswettbewerb mit innovativen Versorgungsformen im Vordergrund. Bei den Disease Management Programmen fällt dieser Aspekt insofern weniger

als bei den integrierten Versorgungsformen ins Gewicht, als hier der stärker morbiditätsorientierte RSA an die Stelle einer Anbindung dieser Programme an den RSA tritt.

Gegen die Anschubfinanzierung im Rahmen der integrierten Versorgungsformen lässt sich auch einwenden, dass die Ausgliederung der betreffenden finanziellen Mittel aus den ambulanten und stationären Budgets keine verursachungsgerechte Bereinigung darstellt (Cassel et al. 2006: S. 69ff.). Diese erfordert eine Verminderung der jeweiligen Gesamtvergütungen um jene Beträge, die bei der alternativen herkömmlichen Versorgung im kollektivvertraglichen System für die im Netz eingeschriebenen Versicherten angefallen wären. Gleichwohl steht bei einer solchen verursachungsgerechten Bereinigung das Auslaufen bzw. die Unterlassung von innovativen Versorgungsprojekten zu befürchten, die wie präventive Maßnahmen schon zu Beginn einen relevanten Aufwand verursachen, aber erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung einen Nutzen in Form von Minderausgaben und/oder Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes stiften⁷⁴. In dieser Hinsicht bleibt die künftige Finanzierung der integrierten Versorgung "auf der Tagesordnung der kommenden Gesundheitsreform" (Knieps 2008: S. 25). Unabhängig davon, ob man hierzu ein zeitlich befristetes Hilfsmittel wie eine weitere Anschubfinanzierung (ähnlich SVR-G 2007: Ziffer 396) oder einen Innovationsfonds (so die Forderung des Bundesverbandes Managed Care; Amelung 2008 et al.: S. VI) wählt, die finanzielle Unterstützung sollte in jedem Fall nicht nur nach eindeutigen, sondern auch nach anspruchsvolleren Kriterien als in der Vergangenheit erfolgen. Eine solche Förderung verdienen grundsätzlich nur Projekte mit einer sektorübergreifenden Orientierung und unter ihnen speziell solche mit einem Populationsbezug. Zudem sollte diese Förderung in Abhängigkeit von Qualitätskriterien und Erfolgsnachweisen mit einer obligatorischen Projekt-evaluation erfolgen (so auch Hildebrandt et al. 2008; Eikötter & Greiner 2008).

4.5 Hindernisse und Erfolgsbedingungen selektivvertraglicher Organisation

Die jüngsten Gesundheitsreformen vermochten, vor allem mit dem Institut der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V und den Optionen des VÄndG, die Voraussetzungen für eine Erfolg versprechende inte-

⁷⁴ Diese kurzfristige bzw. zeitlich isolierte Betrachtungsweise der Krankenkassen resultiert teilweise aus ihren ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, die stark auf die momentane wettbewerbliche Situation abstellen.

grierte Versorgung und eine Intensivierung des Wettbewerbs im ambulanten Bereich sowie an der Schnittstelle zum stationären Sektor deutlich zu verbessern. So besitzen z. B. die Krankenhäuser vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen und damit in Konkurrenz zu den ambulanten (Fach-)Ärzten zu treten (SVR-G 2007: Ziffer 293 sowie unten). Der Gesetzgeber hat damit den Krankenkassen und den Leistungserbringern im Prinzip eine hinreichende Anzahl an geeigneten Wettbewerbsparametern, d. h. Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge, gegeben. Es besteht derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der Wettbewerbsparameter der Krankenkassen als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf, um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb zu realisieren (SVR-G 2007: Ziffer 278; Wille 2009: S. 92f.):

- 1) Infolge der mangelnden Outcomeorientierung der Gesundheitsversorgung dominieren Ressourcen- und instrumentale Gesichtspunkte, denen unter Zielaspekten nur eine nachrangige Bedeutung zukommt. Die nationalen Berichtssysteme informieren ausführlich über die monetären und physischen Inputs, die in die Gesundheitsversorgung eingehen, aber noch zu wenig über Entwicklung und Stand der Outcomeindikatoren.
- 2) Um gezielte Wahlentscheidungen treffen und damit den Wettbewerb unter den Leistungserbringern stimulieren zu können, besitzen die Versicherten eine zu geringe Transparenz über Behandlungsalternativen und allfällige Leistungsqualitäten. Ein valides System von Patientensicherheits- und Qualitätsindikatoren könnte im Falle einer Offenlegung dieser Daten den Patienten als Informationsgrundlage für ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dienen. Die Leistungserbringer verfügen ihrerseits noch über zu geringe Möglichkeiten, um mit spezifischen Qualifikationen und Fertigkeiten um die Patienten und um selektive Verträge mit den Krankenkassen zu werben (Mörsch 2005: S. 99f.).
- 3) Gesundheitsförderung und Prävention fristen sowohl hinsichtlich des Ausgabenvolumens als auch in qualitativer Hinsicht weiterhin ein stiefmütterliches Dasein⁷⁵. Effektive Maßnahmen im Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention gewinnen vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden demographischen Wandels und

⁷⁵ Siehe auch oben in Kapitel 4.3 die besonderen Initiativen im Modell "Gesundes Kinzigtal".

hier vor allem der steigenden Lebenserwartung künftig insofern noch an Bedeutung, als sie eine der zentralen Ursachen für die Gültigkeit der These von der Morbiditätskompression darstellen. Nach der Variante der absoluten Morbiditätskompression verringert sich mit steigender Lebenserwartung die Länge der chronisch kranken Lebenszeit; in der Version der relativen Morbiditätskompression nimmt nur der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre ab (Cischinsky 2007: S. 49ff.; Kroll et al. 2008: S. 7ff.) Obgleich sich ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und insbesondere Sterbekosten, d. h. Aufwendungen ab ein Jahr vor dem Tod (Niehaus 2006: S. 120ff.), auch unter der Annahme der absoluten oder relativen Morbiditätskompression keine Aussagen zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben bei steigender Lebenserwartung machen lassen, würde die Geltung dieser These die künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung *ceteris paribus* entlasten⁷⁶. Abgesehen von diesem fiskalischen Effekt erhöhen im Rahmen einer steigenden Lebenserwartung mehr gesund verbrachte Lebensjahre die Lebensqualität und damit die individuelle Wohlfahrt (siehe auch Die Bundesregierung 2008: 158ff.).

- 4) Der neue RSA reduziert wie nahezu alle stärker morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme die Anreize zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Wille et al. 2007: S. 48ff.). Er verschlechtert für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen gezielt fördern, die interne Nutzen-Kosten-Relation. Der neue stärker morbiditätsorientierte RSA hebt andererseits unbeschadet bestehender Manipulationsgefahren (Malin et al. 2009) die bisherige ziemlich willkürliche Anbindung einiger Indikationen an den (alten) RSA auf.

Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g SGB V stellen unter medizinischen wie ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140 a-d dar und daher bietet sich ihr Einbezug unter die integrierten Versorgungsformen an. Nach Aufhebung ihrer Anbindung an den RSA spricht gegen ihre rechtliche Sonderstellung auch, dass wie bei den integrierten Versorgungsformen der "sektorübergreifende Versorgungsbedarf" nach § 137 f Abs. 1 ein zentrales Kriterium für die Auswahl dieser chroni-

⁷⁶ Die These von der Morbiditätsexpansion nimmt dagegen in ihrer absoluten Variante an, dass mit steigender Lebenserwartung die in Krankheit verbrachten Lebensjahre zunehmen. Nach der relativen Morbiditätsexpansion steigt lediglich der Anteil der in Krankheit verbrachten Lebensjahre an der Gesamtzahl der Lebensjahre.

schen Krankheiten bildet. Die Subsumierung dieser Disease Management Programme unter die integrierten Versorgungsformen eröffnet zudem die Chance, diese Programme im Unterschied zur bisherigen Praxis stärker der selektivvertraglichen Organisation zuzuführen. Um einem zentralen Anliegen von selektiven Verträgen und integrierter Versorgung Rechnung zu tragen, sollten sich die integrierten Versorgungsformen auf sektorübergreifende Projekte beschränken.⁷⁷ Sofern die integrierten Versorgungsformen eine spezielle Förderung erhalten (vgl. Kapitel 4.3), erfolgt eine Gleichbehandlung der Disease Management Programme mit anderen integrierten, sektorübergreifenden Versorgungsprogrammen.

- 5) Die bisherigen Disease Management Programme umfassten zunächst alle Patienten einer Indikation nach dem "Gießkannenprinzip" und konzentrierten die Versorgung zu wenig auf homogene Subgruppen mit speziellen Risiken (Lüdtke-Handjery 2008: S. 196). Ein zielgerichtetes Management von multimorbiden, kostenintensiven Chronikern verspricht die Ausschöpfung des größten Effizienzpotentials (Braun et al. 2008: S. 363). Bei einem Vergleich der Versorgung von Chronikern in acht Ländern auf der Basis einer Patientenbefragung schnitt Deutschland insgesamt durchschnittlich ab, fiel aber durch die äußerst geringe Einbeziehung von "nurses" in den Behandlungsprozess auf (siehe Schoen et al. 2008: S. w 11f.). Eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer – rechtlich abgesicherten – stärkeren Gewichtung der nicht-ärztlichen Leistungserbringer sowie mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen in Verbindung mit einer stärkeren Fokussierung der Disease Management Programme dürfte zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung führen (SVR-G 2007: Ziffer 65ff.).
- 6) Schon vor der Änderung durch das GKV-OrgWG verpflichtete der § 73b SGB V die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Diese Regelung widersprach bereits damals sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen vom Wettbewerb der Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, so dass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform vorliegt (ähnlich Oberender

⁷⁷ Für eine nur „interdisziplinär-fachübergreifende“ Versorgung sieht das Gesetz, z. B. mit den MVZ, hinreichende Alternativen vor.

& Linke 2008: S. 140). Die Schweizer Erfahrungen mit Managed Care-Modellen sprechen ebenfalls dagegen, die Krankenkassen zu verpflichten, bestimmte Versorgungskonzepte anzubieten. Der Wettbewerb als Suchprozess führte hier dazu, dass die Krankenkassen einige Versorgungsmodelle, die nicht zu den erwarteten Einsparungen führten, wieder vom Markt nahmen (vgl. SVR-G 2007: Ziffer 343).

Zudem deuten die – wenn auch spärlichen – bisher vorliegenden Evaluationen darauf hin, dass bei den Hausarztmodellen hierzulande eine besonders große Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit klafft (siehe Böcken 2008). Ein umfangreicher, systematischer Review über die „Effekte des Gatekeepings durch Hausärzte“ (vgl. Zentner, Garrido & Busse), den der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen über die entsprechenden internationalen Erfahrungen in Auftrag gab, liefert ebenfalls nur Ergebnisse, die unter dem Vorbehalt einer schwachen Evidenzgrundlage stehen. Danach gibt es Hinweise, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung und die Gesundheitsausgaben pro Kopf senkt. Die reduzierte Inanspruchnahme verstärkt sich, wenn Gatekeeping mit finanziellen Steuerungskomponenten für Ärzte und/oder Patienten sowie einer Registrierungspflicht kombiniert wird. Diesen per se positiven Effekten steht jedoch eine geringere Zufriedenheit der Patienten im Vergleich zu Versorgungsmodellen mit freiem Zugang entgegen. Da die Evaluationen keinerlei Aussagen über die gesundheitlichen Outcomes erlauben, bleibt die Nutzen-Kosten-Relation von Gatekeeping im Vergleich zu alternativen Versorgungskonzepten letztlich offen. Die Entwicklung von Managed Care-Modellen in den USA zeigt, dass jene Varianten relativ expandieren, die den Versicherten bei ihrer Arztwahl Optionen einräumen (vgl. SVR-G 2007: Ziffer 345). Die bisherigen empirischen Erfahrungen legen somit ebenso wie ordnungspolitische Überlegungen nahe, den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ein Spektrum von Vertragsoptionen zu eröffnen und ihnen sowie den Versicherten und Patienten die Auswahl der präferierten Varianten im Zuge eines ergebnisoffenen Suchprozesses zu überlassen.

Das GKV-OrgWG hat diese Problematik noch erheblich verschärft, denn es zwingt nun die Krankenkassen gemäß § 73b Abs. 4, "Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten". Kommt eine Einigung zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen versetzt diese Regelung die Hausarztverbände de facto in eine monopolistische Position und gewährt ihnen einen Anspruch auf Vertragsabschluss, den sie bei Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen missbrauchen können.⁷⁸ Der Gesetzgeber verlagert im Rahmen dieser Vertragsform die frühere Alleinstellung der KVen damit auf die Hausarztverbände. Dies konfliktiert sowohl mit den wettbewerblichen Intentionen einer selektiven Vertragsgestaltung als auch mit den Zielen einer integrierten Versorgung. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass diese Privilegierung einer bestimmten Berufsgruppe der Segmentierung der Gesundheitsversorgung Vorschub leistet. Die Tatsache, dass nun ein privater (Interessen-)Verband als obligatorischer Vertragspartner an die Stelle einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes tritt, verschärft diese Problematik. Insgesamt besitzt diese Regelung sowohl gegenüber Kollektivverträgen mit KVen als auch im Vergleich mit selektiven Verträgen deutliche Nachteile und bedarf daher dringend einer Korrektur. Diese Forderung nach einer Umgestaltung der geltenden hausarztzentrierten Versorgung stellt nur segmentierte Hausarztmodelle, aber nicht die grundsätzliche Bedeutung, die Hausärzte im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgung einnehmen können, in Frage.

- 7) Selektive Verträge bilden unter Zielaspekten ähnlich wie der Wettbewerb keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Realisierung allokativer und distributiver Funktionen. Im Rahmen der integrierten Versorgung kann es deshalb nicht darum gehen, kollektive Vertragsformen "um jeden Preis" durch selektive zu ersetzen. Es kommt vielmehr auf die jeweilige komparative Leistungsfähigkeit dieser beiden konkurrierenden Vertragsformen an (SVR-G 2007: Ziffer 92 ff.; Wille 2008: S. 8ff.). Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der selektiven Vertragsgestaltung im Vergleich zur kollektiven sieht sich u. a. mit dem Problem konfrontiert, dass es hierzu bisher weder für Deutschland noch international eine belastbare empirische Informationsbasis gibt. Was die Wahl der Vertragspartner bei selektiven Verträgen betrifft, so erfordert ein ergebnisoffener und fairer Wettbewerb Chancengleichheit sowohl hinsichtlich der verschiedenen Versorgungskonzepte als auch bezüglich der Kollektive bzw. Gruppen von Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen entsprechende Verträge schließen möchten. In diesem Sinne sollten

⁷⁸ Erste Anzeichen, z.B. in Bayern, deuten bereits auf diesen missbräulichen Einsatz hin.

auch unterschiedliche Gruppen von Leistungsanbietern, d. h. KVen, Hausarztverbände oder bestimmte Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern, die gleichen Möglichkeiten zum Vertragsabschluss mit den Krankenkassen besitzen. Dabei darf keiner der Leistungserbringer bzw. der Gruppen von Leistungserbringern über die Rahmenordnung des selektivvertraglichen Wettbewerbs mitbestimmen; dies gilt auch und gerade für die KVen, die im kollektivvertraglichen Versorgungssystem über eine herausgehobene Stellung verfügen.⁷⁹

Allokative Aspekte, insbesondere solche der Innovationsfähigkeit und -bereitschaft sowie Qualitätssteigerung sprechen gleichwohl dafür, die kollektive Vertragsgestaltung stärker um Elemente der selektiven zu ergänzen. Dezentrale Wettbewerbsprozesse können sich aber auch in einem kollektiven Rahmen entfalten. So besitzen die KVen und Kammern schon heute die Möglichkeit, mit Hilfe von (Mindest-) Qualitätsstandards, obligatorischen Zertifizierungen und ergebnisorientierten Vergütungen einen Qualitätswettbewerb unter ihren Mitgliedern auszulösen. In einigen KVen existieren bereits entsprechende Ansätze. Die bisherigen Erfahrungen sprechen insofern weniger dafür, die KVen in ihrer monopolistischen Position durch Hausärzteverbände zu ersetzen, sondern die komparativen Vorzüge der kollektiven Vertragsgestaltung zu erhalten. Ein Übergang zu se-

⁷⁹ Von einer "Doppelrolle" der KVen – Funktionsträger der Sicherstellung im kollektivvertraglichen Bereich mit entsprechenden hoheitlichen Rechten einerseits, gleichberechtigter Wettbewerber in der selektivvertraglichen Versorgung andererseits – geht die Gefahr wettbewerbsverzerrender Einflüsse aus. So könnten die KVen evtl. Privilegien aus ihren hoheitlichen Funktionen zur Verbesserung ihrer Wettbewerbssituation im selektivvertraglichen Bereich missbrauchen. Damit verbunden ist die Kritik, dass ein wie immer gearteter Vertragssystemwettbewerb kaum diskriminierungsfrei und damit kaum funktionsfähig gestaltbar sei (Cassel et al. 2008: S. 50). Andererseits ist davon auszugehen, dass kollektiv- und selektivvertragliche Versorgungsbereiche für die nächsten Jahre nebeneinander fortbestehen werden. Für Lösungen der zu erwartenden Probleme an der Grenze der Vertragssysteme lassen sich aus anderen Wirtschaftsbereichen mögliche Ansätze gewinnen, so z. B. mit Blick auf die Betätigung kommunaler, öffentlicher Unternehmen im Wettbewerb mit privaten Unternehmen. Hier ergeben sich analoge Probleme, weil die Träger öffentlicher Unternehmen häufig über hoheitliche Funktionen in anderen Bereichen verfügen, die sie zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen nutzen können. Ein konkretes Beispiel sind wettbewerbswidrige Quersubventionierungen zwischen hoheitlichen (d. h. monopolistischen) und wettbewerblichen wirtschaftlichen Aktivitäten eines öffentlich-rechtlichen Trägers. Dem Ziel, derartige Wettbewerbsverzerrungen zu erkennen und zu unterbinden, dient beispielsweise die EU-Transparenzrichtlinie für öffentliche Unternehmen, auf deren Grundlage eine Aufspaltung öffentlicher Unternehmen in einen hoheitlichen und einen marktbezogenen Teil ermöglicht werden soll.

lektiven Vertragsformen verursacht mit hoher Wahrscheinlichkeit steigende Transaktionskosten (Rebscher 2005: S. 9). Zudem drohen bei einem weitgehenden oder gar totalen Übergang zu selektivvertraglichen Regelungen in stärkerem Maße relevante, insbesondere regionale Differenzen hinsichtlich des Qualitätsniveaus der medizinischen Versorgung. Andererseits gilt es über eine stärkere Gewichtung dezentraler Wettbewerbsprozesse zu vermeiden, dass die immanenten Schwächen der kollektiven Vertragsgestaltung effizienz- und qualitätssteigernde Prozesse be- oder verhindern.

Sofern sich die selektiven Vertragsformen hinsichtlich ihrer Attraktivität für die Patienten bzw. Versicherten allerdings als erfolgreich erweisen, dürfte das Verharren im kollektivvertraglichen System für die ambulanten Ärzte und Krankenhäuser mit Einkommenseinbußen einhergehen. Die im Zuge von selektiven Verträgen gebildeten Versorgungsnetze konkurrieren dann nicht nur untereinander, sondern auch mit dem kollektivvertraglichen System. Der Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung entscheidet dann über das zukünftige Verhältnis von selektiven und kollektiven Verträgen. Dieser Wettbewerb führte bereits in den letzten Jahren zu einer spürbar gestiegenen - teilweise wohl auch erzwungenen - Reformbereitschaft vieler KVen, so dass das zukünftige Verhältnis zwischen kollektiven und selektiven Vertragsformen aus heutiger Sicht offen bleibt. Zu einer optimalen Mischung dieser beiden Vertragsformen, die sich auch im Zeitablauf zu ändern vermag, kann der Gesetzgeber durch eine adäquate wettbewerbliche Rahmenordnung beitragen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die politischen Entscheidungseinheiten die Rahmenbedingungen dieses Wettbewerbs zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung einseitig zu Gunsten einer Seite verändern.

- 8) An der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor besitzen die Krankenhäuser neben den besonderen Versorgungsformen und den MVZ inzwischen noch weitere vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen (SVR-G 2007: Ziffer 293; Wiegand et al. 2009: S. 47ff.):
 - o die vor- und nachstationäre Behandlung⁸⁰ im Krankenhaus (§ 115a SGB V)

⁸⁰ Es lässt sich hier begrifflich darüber streiten, ob es sich um eine ambulante oder eine Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung handelt. Die entsprechenden Leistungen beziehen sich aber auf den Schnittstellenbereich zwischen ambulanten und stationärem Sektor.

- o die ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe (§ 115b)
- o die ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a)
- o die Verträge über ambulante ärztliche Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g (§ 116b Abs. 1)
- o die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b Abs. 2)⁸¹
- o die Hochschul- und Institutsambulanzen (§§ 117ff.).

Verglichen mit diesen Optionen der Krankenhäuser, an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor Leistungen zu erbringen, verfügen die niedergelassenen Vertragsärzte abgesehen von den besonderen Versorgungsformen, die aber mit Ausnahme der Strukturverträge auch den Krankenhäusern offen stehen, hier über geringere Möglichkeiten, um sich wettbewerblich ähnlich aussichtsreich zu positionieren. Diese Möglichkeiten beschränken sich auf:

- o die - selten genutzten - dreiseitigen Verträge (§ 115),
 - o die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch KVen (§ 77a) sowie
 - o die Nutzung der Flexibilisierung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (§ 95 Abs. 3 und 9).
- 9) Vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung und den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts gewinnt die gesundheitliche Leistungserstellung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. Damit nimmt auch die Notwendigkeit zu, in diesem Bereich durch einen funktionsgerechten Wettbewerb das vorhandene Effizienz- und Effektivitätspotential auszuschöpfen. In dieser Hinsicht mangelt es weniger an einer hinreichenden Anzahl von Wettbewerbsparametern der Krankenkassen, sondern an gleichen und fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und (Fach-)Ärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert eine Vereinheitlichung hinsicht-

⁸¹ Nach einer von April bis Juni 2008 durchgeführten Umfrage mit Angaben von 347 Allgemeinkrankenhäusern mit einer Mindestgröße von 50 Betten hat nur ein Drittel der Häuser entsprechende Anträge gestellt (Blum et al. 2009).

lich der Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preise von veranlassten Leistungen und eventuellen Regulierungen, wie z.B. Mindestmengen oder Mengenbegrenzungen. Zudem gilt es hier, vergütungsinduzierte Selektionsprozesse, wie z.B. nicht medizinisch induzierte Leistungsverchiebungen zwischen den Sektoren, zu verhindern bzw. diesen vorzubeugen (so auch Knieps 2008: S. 27).

- 10) Im Sinne eines fairen Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Fach-)Ärzten bedarf die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden einer sektorübergreifenden einheitlichen Ausgestaltung. Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Größere MVZ und ähnliche ambulante Einheiten verfügen zunehmend über die notwendigen Voraussetzungen, um moderne Behandlungsmethoden ebenso qualifiziert anzuwenden wie Krankenhäuser. Die Krankenhäuser, die ihren Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen auf Landesebene kassenartenübergreifend und gemeinsam vereinbaren, sehen sich in ihrem Bereich im Unterschied zu den ambulanten (Fach-)Ärzten nicht mit selektiven Verträgen konfrontiert. Infolge der dualen Finanzierung orientieren sich ihre Investitionen zu sehr an landespolitischen und zu wenig an betriebswirtschaftlichen Aspekten. Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern untereinander sowie zwischen ihnen und den (Fach) Ärzten setzen neben einer monistischen Finanzierung auch voraus, dass bestimmte öffentliche Träger allfällige Defizite nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.
- 11) Im Rahmen der GKV können sowohl an der kollektivvertraglich als auch an der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung nur zugelassene Leistungserbringer teilnehmen. Die jeweiligen Zulassungen von Vertragsärzten und Krankenhäusern beruhen aber nicht primär auf Qualitätsaspekten, sondern auf zeitpunktbezogenen regionalen Kapazitätsberechnungen. Die zu einem bestimmten Zeitpunkt zugelassenen Leistungserbringer bieten somit nicht erwießenermaßen eine höhere Versorgungsqualität als jene, die hier ausgeschlossen bleiben. Um den Wettbewerb um Effizienz und Effektivität der Versorgung zu stimulieren, sollten auch jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die keine Zulassung besitzen, aber die von den Krankenkassen geforderten (Qualitäts-)Kriterien erfüllen, im Rahmen der selektiv organisierten Gesundheitsversorgung ihre Leistungen anbieten, d. h. mit den Krankenkassen selektiv kontrahieren

können (ähnlich SVR-G 2005: Ziffer 109; Wille 2009: S. 117). Um hier unerwünschten Selektionseffekten vorzubeugen, sollten nur jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser diese Option erhalten, die auch die Bereitschaft besitzen, bei Bedarf an der kollektivvertraglichen Versorgung teilzunehmen. Diese Bedingung kann entfallen, wenn der Sicherstellungsauftrag von den KVen auf die Krankenkassen übergeht.⁸²

- 12) Die derzeitige Beitragskalkulation der Krankenkassen nach Tätigkeitsgebiet engt ihren Handlungsspielraum unnötig ein. Optionen bei der Wahl der Beitragsregion könnten dazu beitragen, Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundesweit und regional kalkulierenden Krankenkassen abzubauen. Diese Verzerrungen entstehen dadurch, dass regional kalkulierende Krankenkassen in über- und unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen mit bundesweit kalkulierenden, die hier eine Mischkalkulation vornehmen, im Wettbewerb stehen. In überdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen besitzen die bundesweit kalkulierenden, in unterdurchschnittlich ausgabenintensiven die regional kalkulierenden Krankenkassen wettbewerbliche Vorteile (Wasem et al. 2008: S. 67ff.) Sofern die höhere Ausgabenintensität einer Region in der stationären Versorgung wurzelt, verfügen die regional kalkulierenden Krankenkassen nicht über die notwendigen Aktionsparameter, um eine entsprechende Senkung der Krankenhauskosten zu bewirken.

4.6 Umfassende Gesundheitsversorgung mit regionalem Bezug

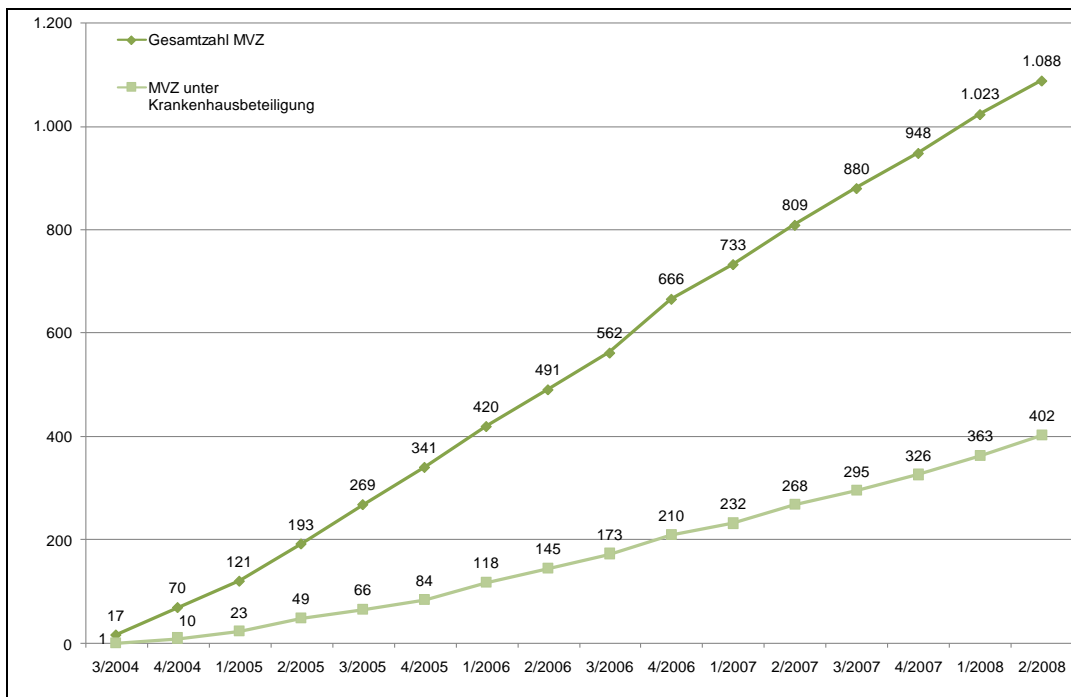
Die Schaffung gleicher und fairer Wettbewerbsbedingungen für alle Leistungserbringer, die an den Schnittstellen der Sektoren in Konkurrenz ste-

⁸² Die Umsetzung einer solchen Verpflichtung der Leistungsanbieter, sich bei Bedarf an der kollektivvertraglichen Versorgung zu beteiligen, könnte dabei auf das Problem stoßen, dass die Leistungsanbieter diese Pflicht durch mehr oder weniger verdecktes "Rosinenpicken" zu umgehen versuchen. Die Frage, inwieweit die Nicht-Diskriminierung zwischen Patienten je nach Vertragstyp zulässig sein soll, wird daher bei einer Ausweitung des Selektivvertragssegments und damit einhergehender (regionaler) Konzentrationsprozesse im Vordergrund stehen. Während eine Diskriminierung hinsichtlich Terminvergabe und Wartezeiten bei nicht akuten Behandlungsanlässen noch relativ unproblematisch erscheint, dürfte eine Diskriminierung in der eigentlichen medizinischen Behandlung die Legitimität der kollektivvertraglichen Versorgung beeinträchtigen. Andererseits gehen von Verbesserungen der Versorgungsqualität, die durch selektivvertragliche Vereinbarungen initiiert wurden, u. U. positive externe Effekte aus, von denen auch die kollektivvertragliche Versorgung profitieren kann.

hen, verspricht im Vergleich mit dem Status quo und seinen sektorspezifischen Regelungen, wie in Kapitel 4.5 dargelegt, eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Adäquate ordnungspolitische Rahmenbedingungen an den Grenzen der Leistungssektoren vermögen den Wettbewerb zu intensivieren und funktionsgerechter zu gestalten, aber Probleme bzw. Verwerfungen, die aus speziellen Interessen der Beteiligten, wie z. B. aus der angebotsinduzierten Nachfrage oder Moral Hazard erwachsen, nicht zu lösen. Es bleibt damit immer noch zu einem Teil offen, wie die individuellen Rationalitäten von Krankenkassen und Leistungserbringern mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Patientenversorgung in Einklang gebracht werden können. Mit dieser Zielsetzung gilt es, durch institutionelle Vorkehrungen wie z. B. adäquate Vergütungssysteme, z. B. zu verhindern, dass Leistungserbringer aus Eigeninteresse Patienten selektieren, präventive Maßnahmen vernachlässigen und Patienten zu spät an spezialisiertere Einheiten abgeben oder zu früh entlassen. Diese Überlegungen möchten, um hier Missverständnissen vorzubeugen, vielen Ärzten das Bemühen um eine systemgerechte Versorgung aus ethischen Motiven nicht absprechen, solche und andere altruistische Gründe können jedoch, wie auch die Erfahrungen in anderen Berufszweigen und Ländern lehren, eine anreizkompatible Rahmen- und vor allem Gebührenordnung nicht erübrigen (SVR-G 2007: Ziffer 399). Eine optimale Allokation von Gesundheitsleistungen setzt u. a. voraus, dass sich die Leistungserbringer von einer effizienten und effektiven Versorgung der Patienten einen finanziellen Nutzen versprechen, zumindest aber keinen entsprechenden Schaden befürchten.

Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente Leistungserstellung, die im Status quo sektorübergreifend erfolgt, liegen vom Anreizsystem her am ehesten vor, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und für ihre Leistungen eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Dabei kann im Prinzip offen bleiben ob es sich hier um ein Unternehmen oder um einen Zusammenschluss weitgehend selbständiger Leistungserbringer handelt. Eine Leistungsproduktion an suboptimaler Stelle vermindert den Gewinn bzw. den Überschuss dieser Gemeinschaft, so dass ineffiziente Produktionsprozesse auch dem unternehmerischen Nutzenkalkül bzw. den jeweiligen Individualrationalitäten zuwiderlaufen. Sofern ein Unternehmen die betreffenden Leistungen anbietet, spielt die sektorspezifische Vergütung gar keine Rolle mehr und auch bei einem Zusammenschluss von weitgehend selbständigen Leistungserbringern stellt die Vergütungsfrage nun (nur noch) ein internes Verteilungsproblem dar.

Abbildung 6: Die Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a: S. 3).

Hinsichtlich der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor bietet sich eine sektorübergreifende Pauschale für bestimmte Leistungsbündel schon heute als Vergütungsform bei Krankenhäusern an, die zugleich als Träger von MVZ fungieren. Sofern sich das Krankenhaus und das zugehörige, derzeit vorrangig als GmbH gegründete, MVZ an einem gemeinsamen unternehmerischen Ziel orientieren, können sie dies dann nur durch eine effiziente Aufteilung der Leistungserstellung zwischen dem Krankenhaus und dem MVZ erreichen. Abbildung 6 veranschaulicht, dass die Zahl der MVZ seit ihrem Start durch das GMG stetig zunahm und der Anteil mit Krankenhausbeteiligung zwischen dem 2. Quartal 2005 und dem 2. Quartal 2008 von 25,4 % auf 36,9 % anstieg.

Von den 402 MVZ mit Krankenhausbeteiligung arbeiten 374 bzw. 93 % ausschließlich mit angestellten Ärzten, deren Anteil an der Gesamtzahl der Ärzte in MVZ mit Krankenhausbeteiligung bei fast 97,5 % liegt (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008a: S. 6 und 8)⁸³. Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ erreicht zwar, wenn auch mit steigendem Trend, derzeit erst 4,4 Ärzte, insbesondere die großen privaten Klinikbetriebe bemühen sich jedoch um einen Auf- und Ausbau der MVZ. So strebt z. B. die

⁸³ Bezogen auf alle 1.088 MVZ beträgt dieser Anteil 25,6 %, ebenda, S. 5.

Rhön-Klinikum AG über Verbünde von Krankenhäusern und MVZ langfristig eine flächendeckende Vollversorgung an. Jeder Patient soll innerhalb von 60 bis 90 Minuten eine Konzerneinrichtung erreichen können (Jachertz 2007: S. 1212). Wenn die Krankenhäuser und hier vor allem die Krankenhausketten neben MVZ künftig auch noch in stärkeren Umfange Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen betreiben, können sie bestimmte Leistungen über alle Sektoren hinweg anbieten und mit den Krankenkassen selektive Verträge mit Pauschalvergütungen abschließen. Sofern sich Komplexpauschalen im Rahmen selektiver Verträge bewähren, steht ihr Einsatz auch in der kollektivvertraglichen Versorgung als Vergütungselement zu Diskussion. Darüber hinaus können Erfahrungen mit Komplexpauschalen zu einer kontaktunabhängigen Finanzierung, d. h. zu Capitation, anregen (siehe Kapitel 4.7). Der Gesetzgeber sollte den Vertragsparteien hier weite Gestaltungsmöglichkeiten einräumen.

Eine Entwicklung in Richtung einer sektorübergreifenden Versorgung, die mit Konzentrationsprozessen auf Seiten der Leistungserbringer einhergeht, erscheint somit derzeit zumindest in Ansätzen absehbar. Sollte sich diese Entwicklung fortsetzen, bedarf es über eine verursachungsgerechte Bereinigung der kollektiven Budgets keiner weiteren Förderung von selektiven Verträgen oder integrierten Versorgungskonzepten. Dies gilt um so mehr, als hier eindeutige zielorientierte Kriterien weitgehend fehlen und in der Vergangenheit eine finanzielle Unterstützung nach dem Gießkannenprinzip stattfand. Sofern sich die Regierung trotzdem zu einer finanziellen Förderung selektivvertraglicher Versorgungsprogramme entschließt, sollte sich diese auf sektorübergreifende Konzepte beschränken, die für die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in regionaler Hinsicht eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen (siehe auch Kapitel 4.3).

Die Integration der gesundheitlichen Leistungserstellung über die heutigen Sektorengrenzen hinweg nimmt an Dichte noch zu, wenn eine Versorgungseinheit "unter einem ökonomischen Dach" ein umfassendes Versorgungsangebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Die Initiative zu einer solch umfassenden Versorgungseinheit, deren Leistungskapazitäten bzw. -vermögen auch alle Sektoren einschließen, kann von einem Krankenhausbetreiber – was im Hinblick auf die logistischen Anforderungen wahrscheinlicher ist – oder einer Gemeinschaft von niedergelassenen Ärzten ausgehen. Diese umfassende Versorgungseinheit kann auch hier aus einem großen Unternehmen oder – möglicherweise auch auf Initiative und unter Mitwirkung einer KV – aus einem Verbund aus weitgehend selbständigen Leistungserbringern bestehen. In letzterem Falle gestaltet sich die interne Vergütung allerdings auf-

wendiger und möglicherweise auch konfliktreicher. Insgesamt umfasst diese Versorgungseinheit u. a. (ähnlich SVR-G 2007: Ziffer 400):

- die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen,
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie
- eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert.

Eine Krankenkasse, die mit einer solch umfassenden Versorgungseinheit einen Vertrag abschließt, kann ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ein vielfältiges Leistungsspektrum offerieren. So besitzen die Versicherten bzw. Patienten die Optionen, sich in Hausarztmodelle, Disease- oder Case-Management-Programme einzuschreiben und in diesem (Zukunfts-)Szenario auch zwischen offenen und geschlossenen Arzneimittellisten⁸⁴ zu wählen. Die Wahl der Leistungsvergütung bleibt grundsätzlich den Vertragspartnern überlassen, es bietet sich im Sinne einer effizienten Versorgung hier aber im Rahmen von Capitation⁸⁵ eine Variante der pauschalierten prospektiven Vergütung an. Sofern die Krankenkassen z. B. für jeden Versicherten mit befreiender Wirkung eine Jahrespauschale entrichten, besitzt die Versorgungseinheit weder ein Interesse an einer nicht indizierten Leistungsausweitung pro Fall noch an einer entsprechenden Erhöhung der Fallzahlen. Eine eventuelle Morbiditätsorientierung der Jahrespauschale sollte die Anreize zu präventiven Bemühungen nicht beeinträchtigen. Besteht die umfassende Versorgungseinheit aus einem Verbund von weitgehend selbständigen Leistungserbringern, liegt es im Interesse der

⁸⁴ Jede dieser krankenkassenspezifischen Arzneimittellisten enthält allerdings obligatorisch alle therapeutisch nicht substituierbaren Medikamente und auch innerhalb der Arzneimittelvergleichsgruppen, die indikationsspezifisch Generika und therapeutisch vergleichbare Medikamente umfassen, mindestens zwei Präparate; siehe hierzu ausführlicher Cassel & Wille 2006: S. 412ff.

⁸⁵ Zu verschiedenen Varianten von Capitation siehe unten unter 4.7 ausführlicher.

Leistungsgemeinschaft, das interne Verteilungssystem der finanziellen Mittel mit dem Ziel einer effizienten Leistungserstellung auszugestalten. Dies gilt generell auch für die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, denn jede zielgerichtete Delegation und/oder Substitution von ärztlichen Leistungen kommt letztlich der Versorgungsgemeinschaft finanziell zugute. Wie bei allen Formen von Capitation fällt einer externen Qualitätskontrolle mit Hilfe eines Benchmarking-Systems von outcomeorientierten Sicherheits- und Qualitätsindikatoren (SVR-G 2007: Ziffer 613ff.) hier u. a. die Aufgabe zu, Unterversorgung und andere Formen der Rationierung von effektiven Leistungen zu verhindern.

Eine solch umfassende Versorgungseinheit, die mit regionalem Bezug alle erforderlichen Gesundheitsleistungen anzubieten vermag, stellt aus heutiger Sicht ein idealtypisches Modell dar, dessen Umsetzung in die Realität - wenn überhaupt - wohl noch einige Jahre dauern dürfte. Es geht hier in ordnungspolitischer Hinsicht auch nicht darum, die Realisierung einer solch umfassenden Versorgungseinheit mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen dezisionistisch anzustreben, sondern nur darum, ihr im Rahmen von Wettbewerbsprozessen eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung, welcher Organisationsform jeweils der Vorzug gebührt, sollte primär bei den Versicherten und Patienten liegen und kann regional und im Zeitablauf differieren. Gleichwohl geht die sich abzeichnende Entwicklung in diese Richtung mit einer teilweise erheblichen Verstärkung der bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse bei Krankenkassen und Leistungserbringern einher. Dies wirft zunehmend dringlichere Fragen nach der Anwendung bzw. nach notwendigen Regelungen des Wettbewerbs- und Kartell- sowie Vergaberechtes im Gesundheitswesen und in der GKV im Besonderen auf (siehe hierzu unten unter 4.2). In Ballungsräumen können umfassende Versorgungseinheiten noch miteinander in Konkurrenz stehen, in dünner besiedelten Gebieten fehlen für Wettbewerbsprozesse hinreichende Angebotskapazitäten. Je nach Intensität der Konzentrationsprozesse können sich selbst in Ballungsräumen enge oligopolistische Strukturen bilden. Dies betrifft sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite, denn die Krankenkassen, die über erhebliche Marktanteile verfügen, können in einer Region populationsorientierte Versorgungsverträge besser steuern und auch eher den Sicherstellungsauftrag übernehmen (ähnlich Knappe 2008: S. 17).

In dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten tritt vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Entwicklung zur Problematik einer ausreichenden Wettbewerbsintensität noch die Herausforderung hinzu, künftig in Deutschland flächendeckend mit vertretbarer Erreichbarkeit eine nachhaltige sowie effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Nach der demographischen "Standardprognose" im Rahmen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesam-

tes (2006a und b), d. h. der Variante "mittlere" Bevölkerung (mit Wahl der Untergrenze beim Wanderungssaldo), nimmt der Altenquotient "65", der die 65-Jährigen und Älteren auf je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren bezieht, von 32,63 im Jahre 2006 auf 64,35 im Jahre 2050 zu. Beim Altenquotient "85", der die Relation zwischen den 85-Jährigen und Älteren und 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren angibt, fällt dieser Anstieg im gleichen Zeitraum von 3,22 auf 15,92 noch weit stärker aus. Diese Relationen verdeutlichen bereits, dass die demographische Entwicklung mit den sehr stark anwachsenden Kohorten der alten und hochbetagten Menschen das Gesundheitswesen und hier vor allem die Pflege künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt. Einer infolge des demographischen Wandels steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steht ein relativ geringeres Arbeitskräftepotential gegenüber, das die dann benötigten Leistungen zu erbringen vermag.

Der bundesdeutsche Durchschnitt der Altenquotienten "65" und "85" spiegelt die künftige demographische Herausforderung der Gesundheitsversorgung insofern noch unvollkommen wider, als die Patienten die meisten Gesundheitsleistungen ortnah benötigen und die gesundheitliche Leistungserstellung zum überwiegenden Teil ebenfalls räumlich dezentral stattfindet. In dieser Hinsicht sehen sich die neuen Bundesländer mit einer noch verschärften Problematik konfrontiert, denn die Altersselektivität der Binnenwanderung bewirkt hier eine weit überdurchschnittliche Alterung. So nimmt z. B. der Altenquotient "65" in Brandenburg im entsprechenden Zeitraum von 31,57 auf 90,60 und in Thüringen von 33,19 auf 80,73 zu (siehe Statistisches Bundesamt 2006c). Der vor allem für Pflegeleistungen relevantere Altenquotient "85" steigt in Brandenburg von 2,45 auf 24,86 und in Thüringen von 2,65 auf 21,35. Dabei verfügen die Bundesländer, die künftig den höchsten Versorgungsbedarf aufweisen, derzeit kaum über die im Bundesvergleich attraktivsten Standortbedingungen für potentielle Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen. Obgleich die neuen Bundesländer mit den Polikliniken schon lange ähnliche Strukturen kennen, befinden sich die meisten MVZ mit Ausnahme von Sachsen nicht in den neuen Bundesländern und nur 36 % in ländlichen Regionen, d. h. in Gebieten mit einer Einwohnerzahl unter 50.000 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008b: S. 4 und 6). Diesen unterschiedlichen Trend spiegeln auch die Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen und Krankenhausärzten wider. Danach rechnen 59 % der Ärzte in Westdeutschland und 94 % der Ärzte in Ostdeutschland künftig mit einem Arztmangel und einem Pflegenotstand in ihrer Region. Diese Befürchtungen hegen in Städten bzw. Regionen mit über 500.000 Einwohnern 43 % und in solchen mit unter 100.000 Einwohnern 80 % der befragten Ärzte (siehe MPL AG 2008, S. 38).

Vor diesem Hintergrund stellt die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen flächendeckenden Versorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten künftig eine besondere Herausforderung dar. In solchen Regionen, die vornehmlich, aber nicht ausschließlich in den neuen Bundesländern liegen, dürfte selbst ein oligopolistischer Wettbewerb an den dazu notwendigen Angebotsstrukturen scheitern. Ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten kann hier mit regionalem Bezug nicht mehr und zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbietern kaum noch stattfinden. Unabhängig vom Verhältnis zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung liegt die Verantwortung für die flächendeckende Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung letztlich beim Staat. Ihm obliegt die Aufgabe, Unterversorgung in Form von zu geringen Kapazitäten, einer unzumutbaren Entfernung zu den benötigten Leistungen und einer unzureichenden Leistungsqualität zu verhindern. Ein fortlaufendes Monitoring, das sich u. a. auf Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem entsprechenden Benchmarking stützt, kann hier der Früherkennung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen. Sofern eine überwiegend selektivvertraglich organisierte Gesundheitsversorgung in dünner besiedelten Gebieten das geforderte Niveau nicht (mehr) zu garantieren bzw. aufrecht zu erhalten vermag, sehen sich die öffentlichen Instanzen gezwungen, die benötigten quantitativen und qualitativen Angebotskapazitäten mit Hilfe einer Ausschreibung in Verbindung mit finanziellen Anreizen zu attrahieren und sicherzustellen.⁸⁶

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen beschlossen, die zur Vermeidung einer Unterversorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten beitragen können:

- Die MVZ vermindern für den einzelnen Arzt das wirtschaftliche Risiko und erleichtern eine Teilzeitbeschäftigung. Es befindet sich derzeit allerdings nur ca. ein Drittel der MVZ in ländlichen Gebieten.
- Das VÄndG flexibilisierte die vertragsgärtliche Berufsausübung und ermöglicht es den Ärzten, z. B. neben ihrer Tätigkeit am bisherigen Ort oder auch im Krankenhaus einer Stadt an einigen Tagen der Woche in strukturschwachen Gebieten die ambulante Versorgung zu übernehmen.
- § 87a Abs. 2 SGB V sieht im Falle einer Unterversorgung ab 2010 Zuschläge zu den Punktwerten im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung vor.

⁸⁶ Im Prinzip treten diese Probleme allerdings auch im kollektivvertraglichen Organisationssystem auf, das lediglich die Verantwortung für die Sicherstellung delegiert.

- Die Vertragsparteien können zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Zuschläge vereinbaren.

Neben diesen gesetzlichen Optionen bieten sich im Falle einer regional drohenden Unterversorgung noch folgende Maßnahmen bzw. Instrumente an:

- Im Sinne einer zentralen Lösung können Patienten, die in Orten ohne ambulante Praxen und Krankenhäuser wohnen, mit Hilfe von Fahrdiensten zu Versorgungszentren in zentralen Orten gebracht werden.
- In Regionen ohne Haus- und/oder Facharzt können Ärzte aus der Umgebung jeweils einen Tag in der Woche dort praktizieren.
- Die verstärkte Delegation und Substitution von Tätigkeiten auf bzw. durch nicht-ärztliche Berufe führt zu einer Entlastung und damit zu Freiräumen für die betreffenden Ärzte.
- Höhere Zulassungszahlen zum Medizinstudium intensivieren nicht nur den künftigen Wettbewerb, sondern tragen auch dem Umstand Rechnung, dass hier inzwischen die Studentinnen dominieren, von denen später zumindest ein Teil nicht zeitlebens bzw. ohne Unterbrechungen einer ganztägigen Beschäftigung nachgeht.
- Die Bedarfsplanung, die in regionaler Hinsicht die keineswegs optimale Versorgungssituation des Jahres 1990 fortschreibt, sollte sich an der alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsstruktur der jeweiligen Bevölkerung orientieren.
- Neben einer Förderung des Belegarztsystems kann eine finanzielle Unterstützung vor allem kooperativer Versorgungsstrukturen treten. Dabei können die materiellen Anreize z. B. aus Zuschüssen zur Investitionsfinanzierung, günstigen Darlehen, Ausfallbürgschaften und preiswerten Wohn- und Praxisräumen bestehen.
- Im Rahmen der Berufsausbildung lassen sich Stipendien an die Bedingung knüpfen, eine bestimmte Zeitspanne in einer strukturschwachen Region zu praktizieren.

Wie bereits angedeutet, reichen künftig die Angebotskapazitäten in strukturschwachen Gebieten für die Initiierung oder gar Intensivierung eines Qualitätswettbewerbs innerhalb der Region nicht aus. Mit einer zunehmenden Transparenz über die Leistungsqualitäten, in Verbindung mit einem Benchmarking von Qualitäts- und Outcomeindikatoren stehen aber diese in regionaler Hinsicht monopolistischen Leistungsanbieter zumindest mittelbar in einem Qualitätswettbewerb (ähnlich SVR-G 2007: Ziffer 402). Ein landesweites Benchmarking der Leistungsqualitäten kann auch bei Anbietern, die ihrer Region keinen Konkurrenten besitzen, einen wettbewerbli-

chen Druck auslösen, sich um ein bestimmtes (Mindest-) Niveau der gesundheitlichen Leistungserstellung zu bemühen.

Unbeschadet der Notwendigkeit oder Berechtigung finanzieller und nicht-monetärer Anreize vermag die Gesundheitspolitik das Kernproblem der drohenden Unterversorgung, das primär in der mangelnden Attraktivität der betroffenen Regionen wurzelt, alleine wohl nicht zu lösen. Es fällt hier der Landesplanung und Raumordnung die Aufgabe zu, die betreffenden Regionen vornehmlich für junge Akademiker und deren Familien mindestens bis zu einem gewissen Grad lebenswert zu gestalten (ähnlich Beivers & Minartz 2009: S. 43). Diese Überlegungen zeigen, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen im Prinzip ein generelles und kein spezifisches einer selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung darstellt.

4.7 Varianten von Capitation als prospektive Vergütungsformen

Wie bereits angedeutet, bieten sich für eine umfassende Gesundheitsversorgung im regionalen Kontext als Vergütungsformen Varianten von Capitation an. Bei Capitation handelt es sich im weiten Sinne um ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine ex ante entrichtete Pauschale das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Die (Voraus-)Bezahlung kann auch unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgen (Marcinko & Hetico 2006: S. 60). Im Vergleich zu einer ex post orientierten Vergütung von Einzelleistungen oder gar dem Kostenerstattungsprinzip können bei Capitation nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, von den Krankenkassen vollständig auf die Leistungserbringer übergehen. Die Krankenkassen versuchen mit Hilfe von Capitation zum einen, die Leistungserbringer aus eigenem Interesse zu einem effizienten Handeln zu veranlassen, und zum anderen hinsichtlich ihrer Ausgaben größtmögliche Planungssicherheit zu gewinnen. Die Leistungserbringer können ihrerseits im Vertragszeitraum mit sicheren Einnahmen rechnen und damit u. a. ihre Investitionstätigkeit besser planen.

Die Wirkungen der verschiedenen Varianten von Capitation hängen zunächst vom Personenkreis, den die pauschalierte Vergütung umfasst, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Hinsichtlich des Personenkreises, über den die Vertragsparteien den pauschalierten Vergütungsvertrag abschließen, kann Capitation grundsätzlich ansetzen an

- einem Patienten mit einer spezifischen diagnostizierten Krankheit,

- einer Gruppe von Patienten mit der gleichen, meist chronischen Krankheit,
- einer Gruppe von Versicherten einer bestimmten Alters- oder Berufsgruppe,
- allen eingeschriebenen Versicherten oder
- allen Versicherten in der betreffenden Region.

Der Leistungsumfang kann im Prinzip einschließen

- eine spezielle Leistung einer Behandlungsart, z. B. ein Arznei- oder Hilfsmittel,
- ein Bündel von Leistungen einer Behandlungsart, z. B. alle Arzneimittel für die Behandlung im Rahmen einer Indikation oder alle indikationsspezifischen Leistungen einer Facharztgruppe (Mühlbacher & Acherschott 2007: S. 24),
- alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall, z. B. Diagnosis Related Groups (DRGs),
- behandlungsarten- bzw. sektorübergreifend alle Leistungen, die der Behandlung einer oder mehreren Indikationsgruppe(n) dienen oder
- alle im Vertragszeitraum anfallenden Leistungen.

Tabelle 4 fasst Varianten von prospektiven Vergütungssystemen bzw. (in weiter Abgrenzung) von Capitation, die sich aus den Kombinationen der oben aufgelisteten Personenkreisen und Leistungsbündel ergeben, synoptisch zusammen. Diese Übersicht zeigt zunächst, dass der Grad der Verlagerung des finanziellen Risikos von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer von den Varianten bzw. Feldern von links oben nach rechts unten zunimmt. Dabei macht die Konstellation in Feld 1, in dem die Krankenkasse für die Inanspruchnahme einer Leistung, z. B. eines Arzneimittels, durch nur einen Patienten eine ex ante Pauschalierung mit dem Hersteller vereinbart, unter Nutzen-Kosten-Aspekten schon vom Verwaltungsaufwand her wenig Sinn. Wenn die Krankenkasse für ein Arzneimittel einen fixen Erstattungsbetrag in Form eines Fest- oder Höchstbetrages festlegt, handelt es sich insofern nicht um eine Form von Capitation, als hier keine Verlagerung des finanziellen Risikos durch eine ex ante vereinbarte Pauschalierung stattfindet. Anders verhält es sich, wenn die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen für eine Gruppe von Patienten bzw. Versicherten oder gar für alle Versicherten eine Cost Sharing-Vereinbarung über eine (maximale) Pauschale als finanzielle (Ober-)Grenze für die Inanspruchnahme eines sehr teuren Medikamentes trifft (Felder 2 bis 5). Als Beispiel kann hier das Angebot der Firma Novartis dienen, die gesamten Jahrestherapiekosten für Ramibizumab im Rahmen der feuchten altersabhängigen Makula-Degeneration auf 315 Mio Euro zu begrenzen (Zeiner 2008: 714f.).

Im Rahmen einer solchen Drug-Capitation besteht als Alternative zur fixen Pauschale noch die Möglichkeit, den bestehenden Preis ab Erreichen des vereinbarten Ausgabenvolumens abzustaffeln. Diese Variante beugt einer eventuellen Unterversorgung mit der betreffenden Leistung vor. Schließlich kann der Hersteller vereinbarungsgemäß auch einen Kostenanteil seines Medikamentes übernehmen, wenn dessen Menge eine zuvor festgelegte Dosis pro Patient überschreitet.

Cost Sharing-Verträge über ein Bündel von Leistungen einer Behandlungsart können bestimmte Diagnosen, therapeutische Behandlungen sowie Arznei- und Heilmittel beinhalten. Die mögliche Ausgestaltung von Capitation reicht hier von einem Patienten, der diese Leistungen in Anspruch nimmt (Feld 6), bis zu allen Versicherten der Krankenkassen in der betreffenden Region (Feld 10). Bei diesen Cost Sharing-Verträgen liegt vor allem eine indikationsspezifische Ausrichtung auf eine Gruppe von Patienten mit gleicher chronischer Krankheit nahe (Feld 7). Solche indikationsspezifischen Leistungen können Krankenhäuser, bestimmte Facharztgruppen, aber auch Hausärzte, Heilmittelerbringer oder pharmazeutische Unternehmen, die über ein bestimmtes Medikamenten-Portfolio verfügen, gegen Zahlung einer Jahrespauschale anbieten. Da die benötigten bzw. einzuplanenden Leistungen von der Intensität der jeweiligen Krankheit abhängen, verbessert sich die Informationsgrundlage, auf der die Kalkulation der Leistungserbringer aufbaut, mit der Größe der Patientengruppe; dies gilt in der Tendenz auch für die Varianten bzw. Felder 12, 17 und 22. In ähnlicher Weise steigt bei Capitation, das auf Versicherte abstellt (Feld 8 bis 10), mit deren Gruppengröße für die Kalkulation der Vertragsparteien der Grad der Risikoneutralität.

Zudem deuten die Bedingungen, die schon Capitation bei nur einem Leistungsbündel einer bestimmten Behandlungsart erfordert, auf die Notwendigkeit einer (Mindest-)Größe der Leistungserbringer bzw. auf Konzentrationsprozesse hin. So besitzen pharmazeutische Unternehmen mit einem breiten indikationsspezifischen Medikamentenspektrum und größere ambulante Versorgungseinheiten überhaupt erst die notwendigen bzw. bessere Voraussetzungen zum Abschluss solcher Verträge.

Wenn eine Krankenkasse für alle Leistungen, die ein Patient pro diagnostiziertem Fall benötigt, eine Pauschale entrichtet (Feld 11) handelt es sich um Diagnosis Related Groups (DRGs), die schon derzeit - wenn auch nicht in reiner Form⁸⁷ - bei der Vergütung von stationären Leistungen zum Einsatz

⁸⁷ Die bundesdeutschen DRGs stellen insofern kein reines ex ante-orientiertes Fallpauschalensystem dar, als sie neben den Diagnosen auch Komplikationen wäh-

kommen. Das Krankenhaus trägt hier das finanzielle Risiko pro individuellem Fall, nicht aber das entsprechende Risiko für die Anzahl der Fälle, das bei der jeweiligen Krankenkasse verbleibt. Das finanzielle Risiko für alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall geht schrittweise stärker auf die Leistungsanbieter über, wenn sich Capitation nicht auf einen Patienten, sondern auf eine Gruppe von Patienten bzw. Versicherten oder gar auf alle Versicherten der Krankenkasse (Felder 12 bis 15) erstreckt. Bei Einbezug aller Versicherten einer Krankenkasse (Feld 15) besitzen die Leistungserbringer keinerlei Interesse mehr an einer nicht oder kaum indizierten Ausweitung der Fälle. Die Kalkulation einer Jahrespauschale pro diagnostiziertem Fall für alle Versicherten einer Krankenkasse stellt allerdings höhere Anforderungen an die Vertragsparteien, die hierzu ihrerseits u. a. eine valide Informationsbasis hinsichtlich der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Versicherungsgemeinschaft benötigen.

Im Vergleich zur Fallpauschale nehmen die kalkulatorischen Herausforderungen zu, wenn sich Capitation auf alle Leistungen einer oder mehrerer Indikationsgruppe(n) erstreckt (Felder 16 bis 20). Dabei steigen auch hier für die Berechnung der jeweiligen Pauschale die Anforderungen an eine valide Informationsbasis von der Variante, die an einem Patienten ansetzt (Feld 16), bis zur Variante, die alle Versicherten der Krankenkasse in der Region einschließt (Feld 20), sukzessiv an. Angesichts der bestehenden Unsicherheiten über Umfang, Struktur und Intensität der künftigen Krankheitsfälle, stellt sich hier, d. h. vornehmlich bei den Varianten 18 bis 20 sowie 23 bis 25, das Problem möglicher asymmetrischer Informationsbeziehungen in besonderer ausgeprägter Form. Sofern die Leistungserbringer über die Morbiditätsstruktur und die erforderlichen Behandlungsmethoden gegenüber der kontrahierenden Krankenkasse einen deutlichen Informationsvorsprung besitzen, gewährt ihnen eine umfassende prospektive Entlohnung höchstwahrscheinlich eine hohe (Informations-)Rente (Breyer et al. S. 382ff.).

Tabelle 4: Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen

Personenkreis Leistungen	ein Patient	Gruppe von Patienten mit gleicher Krankheit	Gruppe von Versicherten	alle eingeschriebenen Versicherten	alle Versicherten der Region
eine spezielle Leistung	(1)	2	3	4	5
Bündel von Leistungen einer Behandlungsart	6	7	8	9	10
alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall	11	12	13	14	15
alle Leistungen einer (mehrerer) Indikationsgruppe(n)	16	17	18	19	20
alle anfallenden Leistungen	21	22	23	24	25

Quelle: Eigene Darstellung

Um dieser Gefahr vorzubeugen, verfügen die Krankenkassen neben dem Aufbau einer validen Datenbasis zunächst über die Möglichkeit, durch Attrahierung oder Konsultation von Sachverständigen ein mögliches Informationsdefizit zu beseitigen, zumindest erheblich zu verringern. Zudem hängt die Relevanz, die diesem Informationsdefizit für die zu vereinbarende Pauschale zukommt, stark von der bestehenden Wettbewerbsintensität ab. Sofern auf Seiten der Leistungserbringer ein funktionsfähiger Wettbewerb herrscht, bleibt die (Informations-)Rente der Leistungserbringer zwangsläufig begrenzt. Zudem schwächt sich diese Problematik asymmetrischer Information in dynamischer Sicht insofern ab, als hohe (Informations -) Renten bestimmter Leistungserbringer den Krankenkassen nicht verborgen bleiben dürften. Leistungserbringer, die dauerhaft gute Vertragsbeziehungen mit einer Krankenkasse anstreben, können sich von der kurzfristigen Ausnutzung eines Informationsvorsprungs im Sinne einer tragfähigen Strategie kaum Vorteile versprechen.

Bei der Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer greift Capitation offensichtlich am weitesten, wenn alle anfallenden Leistungen in die vereinbarte prospektive Pauschale eingehen (Capitation im engeren Sinne). Bei Einbezug aller (eingeschriebenen) Versicherten besitzt Capitation einen populationsorientierten Versichertenbezug (Felder 24 und 25). Sofern nur ein Teil der Versicherten einer Krankenkasse dem selektiven Vertrag durch Einschreibung beitrifft (Feld 24), bedarf es einer morbiditätsorientierten Bereinigung der kollektiven Budgets⁸⁸. Diese kann sich an den Normkostenprofilen des neuen, stärker morbiditätsorientierten RSA orientieren und dabei etwaige regionale Besonderheiten durch Zu- oder Abschläge berücksichtigen (Hermann 2006: S. 15). Zu und Abschläge von den RSA-Normkostenprofilen bieten sich bei selektiven Verträgen in über- bzw. unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen an. Es geht bei der Budgetbereinigung letztlich darum, dem integrierten Versorgungsnetz, das auf einer selektiven Vertragsgestaltung basiert, für die Kalkulation jene finanziellen Mittel zukommen zu lassen, die seine eingeschriebenen Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten, herkömmlichen Versorgung beansprucht hätten. Für den Fall etwaiger Überschüsse oder Defizite können spezielle Vergütungsvereinbarungen eine Aufteilung der Differenzen sowohl für das gesamte Ausgabenvolumen als auch für Teilbudgets unter den Vertragspartnern vorsehen. Dies geschieht, wie bei dem Modell "Gesundes Kinzigtal" (Seiler 2007: S. 141f.) und dem "Praxisnetz Nürnberg Nord e.V." (Schmid & Wambach 2007: S. 216f.), zumeist für

⁸⁸ Dies kann sich auch schon bei den Varianten 9, 14 und 19 anbieten bzw. als notwendig erweisen.

erwartete Überschüsse. Ein solches "Einsparcontracting" zielt u. a. darauf ab, die Leistungsanbieter zu einer effizienten Versorgung zu motivieren.

Während "Pay for Performance" Verträge, die finanzielle Anreize zur Verbesserung der Prozessqualität der Versorgung – z. B. durch höhere Vergütung einer leitlinienorientierten Behandlung – setzen, das finanzielle Risiko der Krankenkassen nicht auf die Leistungserbringer verlagern, weisen "Risk Sharing"-Verträge gewisse Elemente von Capitation auf. Im Rahmen dieser outcomeorientierten Verträge sichern die Leistungserbringer dem Kostenträger eine bestimmte therapeutische Wirkung ihrer Behandlung bzw. ihres Produktes zu. Treten im Verlauf der Behandlung die vertraglich garantierten Effekte nicht bzw. nicht in dem zugesicherten Umfang ein, erhält der Kostenträger bzw. die Krankenkasse die entsprechenden Ausgaben ganz oder teilweise zurückerstattet. Dieses "Payment by Results" (Garber & McClellan 2007) bietet sich vor allem dann an, wenn beim Kostenträger Unsicherheit über den therapeutischen (Zusatz-)Nutzen einer Behandlung oder eines Arzneimittels herrscht und der Leistungserbringer die Chance sieht, die proklamierten Effekte nachzuweisen. Es handelt sich hier insofern um eine gewisse Form von Capitation, als sich die Krankenkasse ex ante gegenüber den finanziellen Konsequenzen absichert, die aus einer Therapie mit unzureichender Wirkung resultieren. Das Erfolgs- und mit ihm das finanzielle Risiko tragen zum vereinbarten Teil die Leistungserbringer.

"Risk-Sharing" - Verträge können sich auf einen einzelnen Patienten oder ein Patientenkollektiv beziehen und als Erfolg das Nicht-Eintreten eines Schadensfalles oder das Erreichen eines bestimmten outcomenahen (Surrogat-)Parameterwertes definieren. Bei einem Patientenkollektiv kann die Vereinbarung auch die finanzielle Veranschlagung von Teilerfolgen, z. B. Realisierung des zugesicherten Ergebnisses bei 50 % der Patienten, vorsehen. Sofern es sich um stetige Parameter handelt, kommt auch ein im Durchschnitt erreichter Schwellenwert als Erfolgskriterium in Frage. Um externe Störgrößen im häufig komplexen Ursache-Wirkungsgeflecht gesundheitlicher Leistungserstellung weitmöglichst auszuschalten, bieten sich für solche Verträge vornehmlich Therapien an, deren Erfolg - wie z. B. bei Zahnersatz und Operationen von Hernien, Fisteln und Hämorrhoiden - nicht von der Compliance der Patienten abhängt. Sofern das Verhalten der Patienten die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung in einem relevanten Maße beeinflusst, besitzen die Leistungserbringer bei "Risk Sharing" - Verträgen ein virulentes Interesse, an einer Steigerung der Patientencompliance engagiert mitzuwirken.

Ein erstes Beispiel für "Risk Sharing" in der GKV bildet der Vertrag zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen Novartis und der DAK sowie der Barmer Ersatzkasse hinsichtlich der Wirkung des Präparates Aclasta (Ärzte Zeitung 2007: S. 7). Dieses Medikament dient der postmenopausalen

Osteoporose-Behandlung von Morbus Paget des Knochens und die Verabreichung in einer Jahresdosis soll die Compliance der Patienten erhöhen. In dem zunächst auf ein Jahr befristeten Vertrag verpflichtet sich Novartis, die Arzneimittelkosten für die mit Aclasta behandelten Patienten in voller Höhe zurückzuerstatten, falls bei diesen innerhalb der 12 Monate Knochenbrüche auftreten. Im Vertrag mit der Barmer Ersatzkasse greift diese Regelung allerdings nur, wenn qualifizierte Fachärzte das Medikament verordnen. Die Krankenkassen erhoffen sich von diesem Vertrag die Senkung von Folgekosten der Osteoporose vor allem durch die Vermeidung von stationären Behandlungen nach Knochenbrüchen. Einen ähnlichen "Risk-Sharing" - Vertrag schloss Novartis mit der DAK hinsichtlich der Präparate Myfortic, Certican und Sandimmun, falls nierentransplantierte Patienten trotz Einnahme dieser Immunsuppressiva das Organ verlieren. Die Regelung klammert jedoch im Sinne von Novartis Re- und Parallelimporte von der Erstattung aus (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2007).

Ogleich noch keine empirischen Erfahrungen mit "Risk Sharing" - Verträgen vorliegen, stoßen sie - ebenso wie "Cost Sharing" - Vereinbarungen - bereits auf prinzipielle Ablehnung. Sie sehen sich dabei vornehmlich mit folgenden kritischen Einwänden konfrontiert (siehe u. a. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2008; Ecker et al. 2008):

- Krankenkassen verfügen im Einzelfall über keine Kontrollmöglichkeiten gegenüber den Marketingstrategien der Arzneimittelhersteller.
- Ärzte und Patienten besitzen keine Transparenz über die tatsächlichen Behandlungskosten. Ebenso besteht für Fachkreise keine Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeit der betreffenden Behandlungen zu überprüfen.
- Die Arzneimittelhersteller versuchen im Rahmen dieser Verträge, in klinischen Studien unzureichend geprüfte, kostenintensive Schrittinnovationen mit erheblichem Risikopotential am Markt zu platzieren. Diese drohen dann, kostengünstigere und in ihren Nutzen und Risiken bekannte Wirkstoffe zu verdrängen. Diese Verträge können von kommerziellen Interessen unabhängige, kontrollierte Versorgungsstudien, die den (Zusatz-)Nutzen und die Risiken eines innovativen Medikamentes im Vergleich mit der bisherigen Standardtherapie evaluieren, nicht ersetzen.

Unbeschadet mehrerer zutreffender Feststellungen im Detail geht die grundsätzliche Ablehnung von "Cost- und Risk Sharing" - Verträgen, die sich auf nur wenige erste Beispiele im Bereich der Arzneimitteltherapie stützt, ordnungspolitisch fehl. Dabei erscheint unstrittig, dass die pharmazeutischen Unternehmen mit Hilfe solcher Verträge bei kostenintensiven Innovationen mit noch nicht hinreichend belegtem (Zusatz-)Nutzen eine

schnelle Marktpenetration anstreben (Zeiner 2008). Es geht in diesem Gutachten aus ordnungspolitischer Sicht auch nicht um eine Kosten Nutzen-Analyse, die etwa Aclasta mit den ovalen Bisphosphonaten als Standardtherapie vergleicht. Gegen die kritischen Einwände, die "Cost- und Risk Sharing" - Verträge prinzipiell potentielle Vorzüge absprechen, lassen sich u. a. folgende (Gegen-)Argumente anführen:

- Marketingstrategien der Hersteller dürften die Arzneimitteltherapie der niedergelassenen Ärzte beeinflussen, aber nicht gleichermaßen die Krankenkassen als Vertragspartner. Diese schließen die entsprechenden Verträge freiwillig und besitzen in diesem Kontext hinreichende Möglichkeiten, gezielt pharmakologischen Sachverstand einzuholen.
- Die Krankenkassen können unsicheren Erwartungen durch eine entsprechende Befristung und inhaltliche Ausgestaltung der Verträge Rechnung tragen und dabei im Zeitablauf Lerneffekte erzielen. Der Aufbau von spezialisierten Vertragsabteilungen der Krankenkassen, die sie zum selektiven Kontrahieren ohnehin benötigen, vermag etwaige Informationsvorsprünge der Arzneimittelhersteller mit der Zeit abzubauen.
- Da im Rahmen dieser Verträge die Arzneimittelkosten in voller Höhe in das Ausgabenvolumen des verordnenden Arztes eingehen, steht dieser aus eigenem Interesse, d. h. aus Furcht vor Regressen, einer Ausweitung seines Arzneimittelbudgets eher kritisch gegenüber. Zudem bleibt er auch bei bestehenden "Cost- oder Risk-Sharing" - Verträgen in seiner Therapieentscheidung grundsätzlich frei.
- Sofern diese Verträge die Form von Modellvorhaben annehmen, schreibt § 65 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Zielerreichung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards und die Publikation eines Berichtes über die Ergebnisse durch unabhängige Sachverständige vor. Unabhängig davon diskreditiert sich bei dynamischer Betrachtung ein Arzneimittelhersteller als künftiger Vertragspartner, wenn er in einem speziellen Fall die Krankenkasse signifikant übervorteilt.
- Die kritischen Einwände konfrontieren insbesondere die "Risk Sharing" - Verträge mit einem Evaluationsniveau, das gesicherte Informationen über den (Zusatz-)Nutzen eines jeden innovativen Arzneimittels im Vergleich zur bestehenden Standardtherapie voraussetzt. Eine derartige Fülle von validen Versorgungsstudien gibt es aber derzeit nicht und ist auch bei allen Bemühungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) künftig schon wegen begrenzter Ressourcen nicht zu erwarten. Reale

Versorgungsprobleme bedürfen aber auch einer Lösung bei zunächst unsicheren Erwartungen zum Kosten Nutzen Verhältnis einer Behandlung.

Einer grundsätzlichen Ablehnung von "Cost- und Risk Sharing" - Verträgen liegt unter Informationsaspekten ein dezisionistisches Verständnis hinsichtlich der vorhandenen und realiter erreichbaren Erkenntnisse über den (Zusatz-)Nutzen von innovativen Behandlungen bzw. Arzneimitteln zugrunde. Zunächst benötigen valide Versorgungsstudien, die innovative Verfahren oder Medikamente unter Alltagsbedingungen mit der bestehenden Standardtherapie vergleichen, einen gewissen Zeitbedarf und in der Zwischenzeit sehen sich Krankenkassen und Ärzte gezwungen, über die Verordnung eines innovativen Arzneimittels mit noch nicht hinreichend gesichertem (Zusatz-)Nutzen eine Therapieentscheidung zu treffen. Unklarheiten und Meinungsverschiedenheiten über die Relevanz gewisser komparativer Vorteile einer neuen Behandlung oder eines Arzneimittels können aber - selbst in Fachkreisen - auch dann noch existieren, wenn zu den betreffenden Behandlungen oder Präparaten einige Versorgungsstudien vorliegen. Schließlich bleibt zudem noch zu klären, welchen finanziellen Mehraufwand ein möglicherweise signifikanter, aber marginaler Zusatznutzen eines innovativen Arzneimittels verglichen mit der Standardtherapie rechtfertigt.

"Risk Sharing" - Verträge ermöglichen den Krankenkassen, bei unsicheren Erwartungen den (Zusatz-)Nutzen eines innovativen Arzneimittels mit einer gewissen finanziellen Absicherung durch den Hersteller im Falle eines Misserfolges zu testen. Sofern solche dezentralen Suchprozesse scheitern, beschränken sich die jeweiligen Effekte auf die einzelne Krankenkasse und ihre Versicherten, aber im Unterschied zu zentralen Regelungen nicht auf die gesamte Versicherungsgemeinschaft der GKV. Im Falle eines erfolgreichen Verlaufs schließen andere Krankenkassen ähnliche Verträge bzw. ziehen für ihre Verordnungsgestaltung ähnliche Konsequenzen, so dass hier von der gesamten Versicherungsgemeinschaft profitiert. Eine Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung, die über Wettbewerbsprozesse eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Behandlungen anstrebt, setzt einen gewissen autonomen Handlungsspielraum der Krankenkassen voraus. Diesen können sie im Sinne von "trial and error" zu dezentralen Suchprozessen nutzen, was in einzelnen Fällen neben Erfolgen zwangsläufig auch Misserfolge impliziert. Die Benchmark bildet hier aber nicht die ideale Versorgung bei vollkommener Information, sondern die komparative Leistungsfähigkeit kollektiver Vertragsgestaltung mit einer stärker uniformen Versorgung.

4.8 Ausweitung des Vertragswettbewerbs in der Arzneimittelversorgung

Die durch die jüngsten Gesundheitsreformen verbesserten Möglichkeiten, selektive Vereinbarungen mit Leistungsanbietern zu treffen, haben die Krankenkassen in der Arzneimittelversorgung am schnellsten und stärksten genutzt. Eindeutig dominieren Rabattverträge (nach § 130a Abs. 8 SGB V) im Generikasegment, mit denen vor allem der Preiswettbewerb der Arzneimittelhersteller unterhalb des Niveaus der Festbeträge intensiviert wird. Ein solcher primär auf Preisreduzierungen von Generika gerichteter Vertragswettbewerb trägt dazu bei, Einsparpotentiale insbesondere mit Blick auf höherpreisige Markengenerika zu erschließen. Diese Potentiale dürften aber mittlerweile zumindest teilweise erschlossen sein. Darüber hinaus werden durch die gegenwärtige Verengung des Wettbewerbs auf Preise unterhalb der Festbeträge die Effizienzpotentiale des Vertragswettbewerbs in der Arzneimittelversorgung nicht ausgeschöpft. Die Verträge konzentrieren sich zu einseitig auf den reinen Preiswettbewerb und klammern qualitative Elemente, von ersten bescheidenen Ansätzen abgesehen (Dietz 2008: S. 44), noch weitgehend aus.

Weitergehende Effizienzpotentiale sind vor allem für die Bereiche zu vermuten, in denen Arzneimittel als prinzipiell gegenseitig substituierbar angesehen werden können, aber dennoch in qualitativer Hinsicht Unterschiede aufweisen. Insoweit über das Ausmaß dieser Unterschiede aufgrund lückenhafter Evidenz kein Konsens besteht, sollte die Entscheidung über Voraussetzungen und Höhe der Erstattung ebenfalls einem wettbewerblichen Prozess ausgesetzt und stärker dezentralisiert werden. Damit sich die dezentralen Entscheidungen an Effizienzkriterien orientieren, sollten sie Gegenstand des Vertragswettbewerbs zwischen Krankenkassen und Herstellern werden. Im Unterschied zu heute würde für die Arzneimittelbereiche, für die die Erstattungspolitik stärker dem Vertragswettbewerb überlassen wird, die Festbetragsregulierung sowie eine zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung entfallen.

Ein Reformkonzept, das den Weg zu einer Neujustierung zwischen zentralen Regulierungselementen und dezentralem Wettbewerb aufzeigt, enthält das Gutachten zum Pharmastandort von IGES/Cassel/Wille/WIdO (2006), das kürzlich durch Cassel und Wille (2008) – auch vor dem Hintergrund veränderter wettbewerblicher Rahmenbedingungen – weitergehend spezifiziert wurde. Die Gutachter werten die mittlerweile etablierten Rabattverträge per se als ein dezentrales wettbewerbskonformes Instrument im GKV-Arzneimittelmarkt. Für sich genommen steht dieses Instrument damit im Einklang mit dem ursprünglichen Reformmodell, allerdings fehlt es an den damals ebenfalls vorgeschlagenen institutionellen Anpassungen zur Schaffung eines ordnungspolitischen Rahmens, in dem sich die neuen wettebe-

werblichen Instrumente funktionsgerecht entfalten können (Cassel & Wille 2008: S. 113 ff.).

Zu kritisieren ist insbesondere, dass das wettbewerbliche Instrument der Rabattverträge im Vergleich zum Reformkonzept dazu "degradiert" wurde, lediglich das bisherige und sogar ausgeweitete Regulierungssystem zu ergänzen, anstatt es zumindest in Teilen zu ersetzen. Nach Cassel und Wille ist das Ergebnis "eine dysfunktionale und daher instabile Mischung aus zentral-administrativen und wettbewerblich-dezentralen Steuerungsinstrumenten" bzw. ein "Steuerungswirrwarr", das dadurch gekennzeichnet ist, dass die Rabattverträge als dezentrales Steuerungsinstrument mehrere Regulierungsinstrumente in ihrer Wirkung entweder duplizieren oder konterkarieren oder überflüssig werden lassen (Cassel & Wille 2008: S. 109 ff.).

Das Reformkonzept setzt dagegen stärker auf die Steuerungswirksamkeit eines dezentralen Vertragswettbewerbs und sieht vor, durch Deregulierung, also durch Reduktion der zentral-administrativen Steuerungsinstrumente, hierfür die Funktionsvoraussetzungen zu schaffen. Kernelement des Reformvorschlags ist die Ersetzung des heutigen Festbetragssystems durch ein System von allgemein gültigen Arzneimittelvergleichsgruppen. Aus diesen Arzneimittelvergleichsgruppen können die Krankenkassen eine Mindestanzahl von Präparaten frei auswählen, auf die sie ihre Erstattung beschränken. Im Vertragswettbewerb entscheidet sich dann, welche Präparate eine Krankenkasse in ihre individuelle Arzneimittelliste aufnimmt und zu welchen Konditionen, insbesondere zu welchem Preis bzw. Preisrabatt, dies geschieht.

Im Vergleich zur heutigen Situation wäre es für die Krankenkassen einfacher, den Herstellern im Gegenzug für eingeräumte Rabatte exklusiv zusätzliche Nachfrage in Aussicht zu stellen. Diese sicheren Absatzperspektiven sind eine zentrale Voraussetzung für Rabattverträge. Gibt es keine Möglichkeit zur Beschränkung der Anzahl zu erstattender Arzneimittel, müssen die Krankenkassen mit finanziellem und organisatorischem Aufwand Ärzte, Apotheker und Patienten einbinden, um Arzneimittelherstellern ein glaubhaftes Exklusivitätsversprechen geben zu können. Derzeit hält sich dieser Aufwand für die Krankenkassen in Grenzen, weil selektivvertraglich rabattierte Arzneimittel gesetzlich begünstigt werden (vgl. Kapitel 2.2.2). Wäre es für Krankenkassen andererseits möglich, die Anzahl der von ihr zu erstattenden Arzneimittel auf direktem Wege zu beschränken, könnten die flankierenden gesetzlichen Regulierungen zur Begünstigung rabattierter Arzneimittel entfallen, zumal diese wiederum die Wirkung anderer Regulierungsinstrumente beeinträchtigen.

Das wesentliche Wettbewerbselement des Reformvorschlags und damit der entscheidende Unterschied zu den gegenwärtigen Rahmenbedingungen besteht aber darin, die Kosteneffektivität von Arzneimitteln stärker auf de-

zentraler Ebene von den einzelnen Krankenkassen beurteilen zu lassen. Dabei soll die Nutzenbewertung von Arzneimitteln weiterhin auf zentraler Ebene und für alle Krankenkassen gleichermaßen verbindlich vorgenommen werden. Auf Basis dieser Nutzenbewertungen werden dann, ebenfalls auf zentraler Ebene, die Arzneimittelvergleichsgruppen gebildet. Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln hingegen soll – entgegen dem mit dem GKV-WSG gefassten Beschluss, diese Aufgabe dem IQWiG zu übertragen – nicht mehr auf zentraler Ebene erfolgen. Hierdurch soll die Entstehung eines Bewertungsmonopols verhindert und dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es keinen fachlichen Konsens über adäquate Bewertungsmethoden der Kosteneffektivität von Arzneimitteln gibt.

Die Arzneimittelvergleichsgruppen haben in diesem Reformmodell entscheidende Bedeutung für die Wettbewerbsintensität und damit für mögliche Effizienzgewinne, denn sie bestimmen über die Auswahlmöglichkeiten der Krankenkassen und damit über die Konkurrenzsituation der Arzneimittelproduzenten. Die Vergleichsgruppen sollten rein nach indikations- und therapiespezifischen Kriterien gebildet werden ("Indikationshomogenität"), sie können daher sowohl patentgeschützte als auch Alt-Originale mit abgelaufenem Patentschutz sowie Generika umfassen. Im Unterschied zur heutigen Festbetragsstufe 3 sind die Arzneimittelvergleichsgruppen jedoch stärker differenziert, weil die Substituierbarkeit der Arzneimittel, auf deren Grundlage die Auswahlmöglichkeiten der Kassen festgelegt werden, weitere therapierelevante Merkmale berücksichtigt. Hierzu zählen z. B.

- Zulassungsbedingungen/-status,
- Nebenwirkungen,
- Applikation und Einnahmefrequenz,
- Bioverfügbarkeit und Verträglichkeit sowie
- Wirkungsevidenz.

Das Reformkonzept überantwortet also lediglich die Beurteilung der Kosteneffektivität, nicht aber die Nutzenbewertung von Arzneimitteln dem Kassenwettbewerb. Zudem würden die neuen wettbewerblichen Spielräume durch die Maßgabe der "Indikationshomogenität" begrenzt. Damit bleibt mit Blick auf die Versorgungsqualität der gleiche Zugang der GKV-Versicherten zu unterschiedlichen Arzneimitteltherapien grundsätzlich gewährleistet. Dies gilt auch für neuartige Arzneimittel. Über ihren Innovationsgehalt wird zunächst auf zentraler Ebene entschieden. An die Stelle der heutigen Entscheidung über eine Eingruppierung in eine Festbetragsstufe träte die Entscheidung über die Zuordnung zu einer Arzneimittelvergleichsgruppe. Um den Wissens- bzw. Evidenzdefiziten über den Mehrnutzen neuer Arzneimittel zu entsprechen, sollen für die Zuordnungsentscheidung aber differenziertere Kriterien gelten als für die heutige Festbetragszuordnung.

So wird empfohlen, neben den Möglichkeiten einer Freistellung (im Fall eines eindeutigen Mehrnutzens) und der unmittelbaren Eingruppierung (bei eindeutig fehlenden oder nur geringen Nutzenvorteilen) eine vorläufige Freistellung ("Wartestellung") zu ermöglichen, um Anbietern Zeit zu geben, Anzeichen für signifikante Mehrnutzen durch Studien zu erhärten (Cassel & Wille 2008: S. 140 ff.).

Von einer Umsetzung dieses Reformmodells ist zu erwarten, dass es den Vertragswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt auf eine breitere Basis stellt, die deutlich über eine Fokussierung auf die Absenkung von Generikapreisen unter Festbetragsniveau hinausgeht. Das Ziel des Reformkonzepts besteht darin, zu einem multidimensionalen Wettbewerbsprozess zu führen, in dem neben Preisen und Rabatten auch die Qualität der Arzneimittel sowie das Sortiment, die Innovationsfähigkeit und die Reputation der Unternehmen als Wettbewerbsparameter eingesetzt werden. Die Einführung weiterer Wettbewerbsparameter wie Verträglichkeit und Wirkungsevidenz schafft zusätzlich Anreize für eine Ausweitung neuartiger Vertragsmodelle, wie sie in Randbereichen bereits heute erprobt werden (z. B. Risk- oder Cost-Sharing-Verträge). Auf dem Versicherungsmarkt würden sich entsprechend die Wettbewerbsspielräume vergrößern: Krankenkassen könnten mit dem (wählbaren) Umfang und der Zusammensetzung ihrer Arzneimittelerstattungsliste sowie mit "Öffnungsklauseln" miteinander konkurrieren.

Es können z. B. im Rahmen von Risk-Sharing-Verträgen die Hersteller mit den Krankenkassen einen bestimmten Erfolg, z. B. die Realisierung von Surrogatparametern oder sogar von gesundheitlichen Outcomes, vereinbaren. Bei Verfehlung dieses Zieles erhält die Krankenkasse die Ausgaben für das betreffende Medikament teilweise oder ganz vom Hersteller zurückerstattet. Ferner besteht die Möglichkeit, "Mehrwertverträge" abzuschließen und diese in IV-Verträge einzubinden. Als Mehrwert, der über das Arzneimittel als solches hinausgeht, können die Hersteller spezielle Versorgungsprogramme, gemeinsame Projekte im Rahmen des Case Management, Informationsangebote oder auch Schulungen offerieren. Schließlich sehen im Rahmen von Capitation (vgl. Kapitel 4.7) Cost-Sharing-Verträge eine Deckelung des Umsatzes oder eine deutliche Abstufung der Preise vor. Als Gegenleistung für die freiwillige Umsatzbegrenzung kann die Krankenkasse dem Hersteller Garantien für einen bestimmten Mindestabsatz geben.

Ob die Umsetzung dieses Reformkonzeptes zu den gewünschten positiven Effizienzwirkungen führt, hängt entscheidend von der Optimierungsaufgabe ab, die Arzneimittelvergleichsgruppen einerseits unter dem Gesichtspunkt des Zugangs und der Qualität der Versorgung möglichst indikationshomogen zu gestalten, andererseits jedoch den Krankenkassen ausreichend Auswahlmöglichkeiten einzuräumen, damit sich der notwendige Wettbewerb zwischen den Arzneimittelanbietern entfalten kann. Die Bildung vollständig

homogener Arzneimittelvergleichsgruppen ist daher ausgeschlossen, eine nur begrenzte Austauschbarkeit muss – trotz stärker differenzierter Zuordnungskriterien (s. o.) – letztlich in Kauf genommen werden. Anzustreben ist ein unter therapeutischen Gesichtspunkten "vertretbares Maß an Heterogenität". Wie stark wettbewerbliche Spielräume damit unter dem Strich im Vergleich zur gegenwärtigen Situation ausgeweitet werden können, lässt sich a priori nur schwer einschätzen.

Einschränkend muss aber bereits aus heutiger Sicht davon ausgegangen werden, dass ein Vertragswettbewerb auf der Grundlage dieses Reformmodells kaum dazu beitragen würde, die Ausgabenrisiken zu begrenzen, die im Bereich der hochinnovativen und meist sehr teuren Spezialpräparate bestehen. Diese Präparate werden i. d. R. therapiebezogene Alleinstellungsmerkmale aufweisen, so dass sie keiner Arzneimittelvergleichsgruppe zugeordnet werden können – und damit auch nicht Gegenstand des Vertragswettbewerbs werden. Für diesen ausgabenintensiven Arzneimittelbereich wurden mit den jüngsten Gesundheitsreformen neue Regulierungsinstrumente eingeführt (Kosten-Nutzen-Bewertungen durch das IQWiG, Höchst-erstattungsbeträge nach § 31 Abs. 2a SGB V, Zweitmeinungsverfahren). Diese Instrumente wurden bislang kaum bzw. gar nicht genutzt, da hierfür zunächst teilweise aufwändige konzeptionelle, methodische und organisatorische Investitionen getätigt werden mussten. Die Wirkung dieser nicht-wettbewerblichen Ansätze zur Steigerung der Kosteneffizienz in der Arzneimittelversorgung sollten vor weiteren Reformschritten in diesem Bereich zunächst abgewartet werden.

Im Arzneimittelvertrieb verursacht das weitgehende Fehlen von Preiswettbewerb Effizienzeinbußen (vgl. Annex, Kapitel 8.8). In dem Gutachten zum Pharmastandort von IGES/Cassel/Wille/WIdO (2006) wird vorgeschlagen, die Ausweitung des Vertragswettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt durch zusätzliche Wettbewerbselemente auch in der Arzneimitteldistribution zu flankieren. Konkret wird die Einführung apothekenindividueller Handelsspannen empfohlen: Statt der bisherigen festen Zuschläge wäre eine einheitliche, erstattungsfähige prozentuale Festspanne vorzugeben – eine sogenannte Apothekenfestspanne⁸⁹. Auf den Herstellerabgabepreis würden Apotheken diese Apothekenfestspanne aufschlagen, darüber hinaus aber einzeln apothekenindividuelle Handelsspannen kalkulieren, die sie sich in individuellen Vereinbarungen mit dem Großhandel teilen. Je nach Vertriebsform, Standort, Kostenstruktur usw. kann die apothekenindividuelle

⁸⁹ Die Apothekenfestspanne würde sich aus den durchschnittlichen Vertriebskosten und einem "angemessenen" Unternehmerlohn für den gesamten Arzneimittelvertrieb zusammensetzen.

Handelsspanne im Einzelfall größer oder kleiner oder gleich der Apothekenfestspanne sein. Damit Apotheken ihre wettbewerblichen Spielräume im Sinne der Patienten nutzen, sollen sie die Möglichkeit erhalten, in Abhängigkeit von ihrer apothekenindividuellen Handelsspanne die reguläre Patientenzahlung zu ermäßigen oder zu erhöhen. (IGES & Cassel et al. 2006: S. 433 ff.).

Mit den jüngsten Gesundheitsreformen wurden jedoch keine vergleichbaren Schritte zur Wettbewerbsstärkung im Arzneimittelvertrieb unternommen. Die Entscheidung über eine Aufhebung der gesetzlichen Beschränkungen von Fremd- und Mehrbesitz von Apotheken, die die Wettbewerbsintensität in der Arzneimitteldistribution mindern, wurde an den Europäischen Gerichtshof (EuGH) delegiert. Dieser hat mit seinem Urteil vom 19.5.2009 entschieden, dass nationale Regelungen, die Personen, die keine Apotheker sind, den Besitz und den Betrieb von Apotheken verwehrt ("Fremdbesitzverbot"), nicht gegen die Niederlassungsfreiheit des EG-Vertrags verstoßen. Damit bleibt es in Deutschland vorerst bei der Regelung, dass nur Pharmazeuten mit Kammerzulassung Apotheken betreiben und maximal drei Filialen besitzen dürfen. Der EuGH erkennt zwar im Fremdbesitzverbot eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, sieht diese aber durch das Ziel gerechtfertigt, eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang verweist er auf den "ganz besonderen Charakter der Arzneimittel", deren übermäßige Einnahme oder falsche Verwendung die Gesundheit der Bevölkerung und das finanzielle Gleichgewicht der Sozialversicherungssysteme gefährde.⁹⁰

Mit der Verabschiedung der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) durch den Bundestag am 19.6.2009 wurde – anstatt von Maßnahmen zur Wettbewerbsstärkung – ein Element zum Schutz vor Wettbewerb beschlossen: Zur Sicherung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung werden pharmazeutische Unternehmen und der Großhandel in den öffentlichen Versorgungsauftrag einbezogen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe erhält der Großhandel einen Belieferungsanspruch gegenüber der Pharmaindustrie. Dieser Teil der AMG-Novelle zielt auf den Schutz des Pharmagroßhandels. Die Arzneimittelhersteller waren in der Vergangenheit zunehmend dazu übergegangen, insbesondere hochpreisige Medikamente unter Umgehung

⁹⁰ Gemäß dem EuGH-Urteil können die Mitgliedstaaten im Rahmen ihres Wertungsspielraums der Ansicht sein, dass der Betrieb einer Apotheke durch einen Nichtapotheker im Unterschied zu einer von einem Apotheker betriebenen Apotheke eine Gefahr für die Arzneimittelsicherheit darstellt, weil nur bei Apothekern das private Interesse an Gewinnerzielung durch ihre Ausbildung, ihre berufliche Erfahrung und die ihnen obliegende Verantwortung "gezügelt" werde. (vgl. EuGH-Urteil Az C-171/07)

des Großhandels direkt an Apotheken zu liefern, um die so gesparten Großhandelsmargen selbst zu verbuchen. Damit geriet das auf einer Mischkalkulation basierende Geschäftsmodell der Pharmagroßhändler stark unter Druck. Ursprünglich war zusätzlich zum "Gemeinwohlaufrag" daher mit der AMG-Novelle geplant, die Kalkulation der Großhandelsspannen zu ändern, so dass die Händler mehr an preisgünstigen, aber weniger an hochpreisigen Arzneimitteln verdienen. Eine Einigung auf ein neues Preissystem wurde jedoch nicht erzielt.

5 Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor

In diesem Kapitel werden die Anwendung wettbewerbsrechtlicher Vorschriften sowie potentielle Rückwirkungen im Bereich des Gesundheitssektors untersucht. Zunächst wird dafür ein kurzer Überblick über die jeweils relevanten Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und des SGB V gegeben. In einem zweiten Abschnitt (Kapitel 5.2) werden die wesentlichen Regelungen in den einzelnen Sektoren zusammengefasst. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Regelungen, die für die Anwendung des GWB maßgeblich sind. In Kapitel 5.3 werden der Wettbewerb und mögliche Wettbewerbsverzerrungen in einzelnen Sektoren diskutiert. Kapitel 5.4 enthält schließlich einen kurzen Überblick über die bisherige Anwendung des GWB sowie die wesentlichen Schlussfolgerungen der vorangegangenen Abschnitte.

5.1 Vorschriften des GWB und SGB V im Überblick

5.1.1 Das GWB im Überblick

Das grundsätzliche Ziel des GWB ist es, den Wettbewerb zu schützen. Neben dem Schutz der allgemeinen unternehmerischen Handlungsfreiheit steht dabei die in der ökonomischen Theorie begründete Überlegung im Vordergrund, dass Wettbewerb ein effizienter Mechanismus ist, um knappe Ressourcen zu verteilen: Wettbewerb auf den Märkten für Produktionsfaktoren stellt sicher, dass diese sowohl technisch als auch gemäß ihrer relativen Knappheiten ökonomisch effizient eingesetzt werden. Wettbewerb auf den Märkten für Endprodukte führt dazu, dass Güter und Dienstleistungen zu Preisen angeboten werden, die den (Grenz-)kosten ihrer Produktion entsprechen. Neben diesen beiden, unter dem Begriff der statischen Effizienz zusammengefassten Eigenschaften soll Wettbewerb aber auch zu technischem Fortschritt führen und damit dynamische Effizienz sichern. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, innovierenden Unternehmen Vorreitergewinne zu gestatten. Das Idealbild der vollkommenen Konkurrenz wird damit durch das des funktionsfähigen Wettbewerbs ersetzt: Funktionsfähiger Wettbewerb liegt immer dann vor, wenn zwar Marktmacht durch Innovationen möglich ist, diese aber durch Imitation oder Marktzutritt im Zeitverlauf wieder abgebaut werden kann. Entscheidend für funktionsfähigen Wettbewerb ist damit das Fehlen von ungerechtfertigter Marktmacht.

Zur Sicherstellung eines funktionsfähigen Wettbewerbs sind im GWB drei Instrumente implementiert:

- das Kartellverbot (§ 1 GWB),
- die Missbrauchsaufsicht (§§ 19 ff. GWB) und
- die Zusammenschlusskontrolle (§§ 35 ff. GWB).

In diesen Vorschriften gibt es keine generelle Ausnahme des Gesundheitsbereiches, d. h. wenn keine anderen Regelungen beispielsweise im SGB V bestehen würden, wären die wettbewerblichen Vorschriften anzuwenden. Die aufgeführten Instrumente schützen den Wettbewerb, da hierüber das Zustandekommen von marktbeherrschenden Stellungen und/oder das Ausnutzen von bestehenden marktbeherrschenden Stellungen verhindert werden.

Die Missbrauchskontrolle ist ex post orientiert, d. h., in einem solchen Verfahren muss rückwirkend ein Missbrauch nachgewiesen werden. Die Zusammenschlusskontrolle ist dagegen ex ante orientiert, d. h., hierdurch soll im Vorhinein eine marktbeherrschende Stellung und die damit potenziell verbundene missbräuchliche Ausnutzung verhindert werden. Das Kartellverbot wirkt in beide Richtungen, d. h., es kann im Nachhinein ein Kartell aufgedeckt und bestraft werden, oder es können Absprachen zwischen Unternehmen verboten werden, bevor diese wirken.

Ein Kartell zeichnet sich dadurch aus, dass Absprachen zwischen Unternehmen getroffen werden, und die Unternehmen sowohl vor als auch nach der Absprache eine selbstständige, unabhängige (Wirtschafts-)Einheit bleiben. Im Rahmen des Kartellverbotes nach § 1 GWB sind Absprachen zwischen Unternehmen, Beschlüsse zwischen Unternehmensvereinigungen und aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen verboten, soweit durch sie eine Behinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs bezweckt oder bewirkt wird. Solche Absprachen können z. B. über Preise, Mengen oder Absatzgebiete getroffen werden. Eine Kartellabsprache bedarf nicht eines expliziten Vertrages der Partner, sondern es können jedwede Arten von Absprachen unter das Kartellverbot fallen. Das bedeutet, auch mündliche Absprachen in expliziter oder impliziter (sog. „Frühstückskartell“) können als Kartellabsprachen gewertet werden. Typischerweise werden Kartellabsprachen horizontal getroffen, d. h. zwischen Unternehmen, die auf der gleichen Produktionsstufe bzw. auf dem (den) gleichen (gleichen) Markt (Märkten) tätig sind. Wettbewerbsbehindernde Absprachen sind aber auch vertikal möglich, d. h. zwischen Unternehmen auf unterschiedlichen, vor- und nachgelagerten Märkten.

Nach den Vorschriften des GWB sind jedoch nicht alle Vereinbarungen zwischen Unternehmen automatisch als wettbewerbsbehindernde Absprache und damit als Kartell zu werten. Gemäß § 2 GWB gilt, dass „Vereinba-

rungen zwischen Unternehmen, Beschlüsse von Unternehmensvereinigungen oder aufeinander abgestimmte Verhaltensweisen, die unter angemessener Beteiligung der Verbraucher an dem entstehenden Gewinn zur Verbesserung der Warenerzeugung oder -verteilung oder zur Förderung des technischen oder wirtschaftlichen Fortschritts beitragen, ohne dass den beteiligten Unternehmen 1. Beschränkungen auferlegt werden, die für die Verwirklichung dieser Ziele nicht unerlässlich sind, oder 2. Möglichkeiten eröffnet werden, für einen wesentlichen Teil der betreffenden Waren den Wettbewerb auszuschalten.“ Ferner gilt gemäß § 3 GWB, dass Mittelstandskartelle (auch als „Rationalisierungskartelle“ bezeichnet) ausgenommen sind. Hierdurch werden Rationalisierungen (z. B. durch zwischenbetriebliche Zusammenarbeit) erlaubt, so lange keine Beeinträchtigung des Wettbewerbs statt findet und die Wettbewerbsfähigkeit von kleinen und mittelständischen Unternehmen steigt.

Unerlaubte Kartellabsprachen können durch bestimmte Marktgegebenheiten gefördert werden. Es besteht jedoch ex ante und per se kein deterministischer, harter Zusammenhang, sondern die Zusammenhänge sind jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Grundsätzlich können jedoch z. B. homogene Produkte, eine kleine Anbieterzahl, über einen längeren Zeitraum konstante Marktanteile, starre Preise und Absatzgebiete sowie Transparenz über die Situation des Konkurrenten (z. B. über ein zentrales Meldestellenwesen), eine geringe Marktdynamik mit geringem technischen Fortschritt und geringen Innovationen Kartellabsprachen fördern. Treffen diese Marktbedingungen zu, dann ist es für Unternehmen erstens verhältnismäßig einfach sich über Preise, Mengen oder Absatzgebiete zu verständigen und so den Gewinn zu maximieren. Hierbei ist der „Gewinn“ nicht zwangsläufig als klassischer Gewinn (Erlös abzüglich Kosten) zu verstehen, sondern als Rente, die den Unternehmen zufällt. Hierzu zählt auch, dass kein Kostendruck entsteht, Gewinne über das Kartell abgesichert werden, kein Innovationsdruck herrscht oder – vereinfacht gesprochen – „Marktruhe“ vorliegt, die den Kartellmitgliedern ein angenehmes Leben bereitet. Zweitens bewirken diese Marktbedingungen, dass Kartelle relativ stabil sind. Ein abweichendes Verhalten fällt dem Kartell sofort auf, da sich beispielsweise die Gewinne oder die Marktanteile verschieben.

Es kommt letztendlich jedoch darauf an, wie Unternehmen bestehende Wettbewerbspotentiale zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen nutzen. Hierbei spielt auch eine Rolle, wie intensiv der Wettbewerb in den vergangenen Perioden war, d. h. inwiefern Wettbewerbspotentiale tatsächlich aus-

genutzt worden sind.⁹¹ Einzelwirtschaftlich kommt es z. B. auf die Unternehmensphilosophie an, die u. U. an Personen gebunden ist, die das Verhalten am Markt beeinflusst.

Die missbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung ist gemäß § 19 Abs. 1 GWB verboten. In § 19 Abs. 4 GWB werden vier Missbrauchstatbestände explizit aufgeführt:

- der Behinderungsmissbrauch (§ 19 Abs. 4 Zf. 1 GWB),
- der Ausbeutungsmissbrauch (§ 19 Abs. 4 Zf. 2 GWB),
- das Diskriminierungsverbot (§ 19 Abs. 4 Zf. 3 GWB) und
- die Zugangsverweigerung (§ 19 Abs. 4 Zf. 4 GWB).

Aus der wettbewerbsökonomischen Praxis ist zu erkennen, dass unter den Behinderungsmissbrauch eine Reihe von Tatbeständen fällt. Dazu gehören gezielte Kampfpreise (Preise unter Einstandspreis), mit denen Konkurrenten aus dem Markt gedrängt werden sollen, genauso wie Koppelungen, Ausschließlichkeitsbindungen oder Treuerabatte, um Marktabschlüsse von Konkurrenten zu erschweren. Im Rahmen des Ausbeutungsmissbrauchs wird beispielsweise untersucht, ob ein marktbeherrschendes Unternehmen die Marktgegenseite aufgrund seiner Marktstellung ausnutzen kann. Dies könnte etwa hinsichtlich des Preises geschehen. Ein Ausbeutungsmissbrauch wird hierbei stets über einen Vergleichsmarkt oder mehrere Vergleichsmärkte ermittelt. Bei der Zugangsverweigerung geht es zentral um die Sicherung des Zugangs zu Netzen und Infrastruktureinrichtungen, die nicht duplizierbar sind. Die Zugangsmöglichkeiten spielen insbesondere im Bereich von Netzwerkindustrien eine wichtige wettbewerbsökonomische Rolle.

Bei der Anwendung des § 19 muss regelmäßig zwischen den Interessen der beteiligten Unternehmen abgewogen werden. So sind zum Beispiel Gesamtsortimentsrabatte marktbeherrschender Unternehmen nicht per se missbräuchlich, sondern zunächst als wettbewerbliches Instrument anzusehen. Missbräuchlich werden solche Rabatte erst, wenn sie Teil von Treuerabatten sind, die es einem marktbeherrschenden Unternehmen erlauben, seine

⁹¹ Als extremes, internationales Beispiel sei die OPEC angeführt, ein Zusammenschluss ölfördernder Staaten, der seit Jahrzehnten Kartellabsprachen über Förderquoten trifft, um überhöhte Preise zu erzielen. Dieser Branche scheint also ein Kartellproblem aufgrund der Historie immanent, vor allem, weil viele der oben aufgeführten Marktbedingungen zutreffen.

marktbeherrschende Position zu festigen oder von einem Markt auf andere Märkte zu übertragen.⁹²

Die Marktbeherrschung wird an alternativen Kriterien festgemacht. Ein Indikator ist hierbei der Marktanteil, wobei z. B. eine marktbeherrschende Stellung eines Unternehmens vermutet wird, wenn dieses einen Marktanteil von einem Drittel auf sich vereint. Um eine überragende Marktstellung nachzuweisen, werden weitere Faktoren berücksichtigt und geprüft, wie z. B. die Finanzkraft, das Bestehen von Markteintrittsbarrieren oder die Verflechtung mit anderen Unternehmen. Einer solchen Analyse voraus geht stets die sachliche, räumliche und zeitliche Abgrenzung des zu untersuchenden Marktes bzw. der betroffenen Märkte.

Mit dem Behinderungs- und Diskriminierungsverbot des § 20 GWB soll sichergestellt werden, dass marktstarke Unternehmen andere Unternehmen nicht diskriminieren oder ohne sachlich gerechtfertigten Grund behindern. Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass Unternehmen einem Kontrahierungszwang unterworfen werden können, wenn ihre Produkte aus Sicht ihrer Abnehmer nicht substituiert werden können. Maßgeblich ist dabei nicht, welchen Marktanteil die Produkte des (marktstarken) Unternehmens tatsächlich haben. Vielmehr kommt es darauf an, ob die Abnehmer ohne die entsprechenden Produkte Nachteile im Wettbewerb mit anderen Abnehmern hätten. Im Gegensatz zum § 19 GWB können damit auch nicht marktbeherrschende Unternehmen von den Verbotsvorschriften erfasst werden. Wie bei der Anwendung des § 19 GWB gilt auch beim § 20 GWB, dass zwischen den Interessen der betroffenen Unternehmen sowie dem Schutz eines freien Wettbewerbs abgewogen werden muss.

Die Zusammenschlusskontrolle setzt an den Kriterien zur marktbeherrschenden Stellung der Missbrauchskontrolle an. Bei Erfüllung der Aufgreifkriterien, die zentral Umsatzgrößen beinhalten, wird geprüft, ob durch einen Zusammenschluss eine marktbeherrschende Stellung verstärkt wird oder entsteht. Letztendlich kann je nach Einschätzung eine Freigabe, eine Freigabe mit Auflagen oder eine Untersagung einer Fusion erfolgen.

Hinsichtlich des institutionellen Arrangements gilt, dass die Behörde, die das GWB zunächst anwendet, das Bundeskartellamt ist. Bei einem gerichtlichen Einspruch bzw. Beschwerde gegen eine Entscheidung des Bundeskartellamtes liegt die Zuständigkeit bei der Zivilgerichtsbarkeit. Im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle kann gegebenenfalls auch der Wirtschafts-

⁹² Ein ausführliche Diskussion der notwendigen Abwägungen findet sich in Möschel (2007) sowie Markert (2007).

minister zuständig werden, wenn nach § 42 GWB eine Ministererlaubnis von den beteiligten Unternehmen angestrebt wird.

5.1.2 GWB und SGB V

Das SGB V verweist auf Vorschriften des GWB. Dies ist im § 69 SGB V durch das GKV-WSG neu geregelt und durch das GKV-OrgWG nochmals modifiziert worden. § 69 Abs. 2 SGB V fordert nun, dass bei Selektivverträgen §§ 19 ff. GWB anzuwenden sind.⁹³ Hierüber soll im Sinne des Gesetzgebers – und mit Blick auf die gesamten Maßnahmen – der Wettbewerb geschützt bzw. gestärkt und Effizienz erreicht werden.⁹⁴

Im SGB V sind jedoch neben dem Effizienzziel bzw. dem Gebot der Wirtschaftlichkeit auch andere Ziele enthalten. Diese betreffen sowohl die Anbieter- als auch die Nachfrageseite. Hierzu zählt z. B. auf der Angebotsseite die Sicherstellung einer Versorgungsstruktur im Raum oder eines bestimmten Angebotes in medizinisch-qualitativer Hinsicht. Auf der Nachfrageseite werden beispielsweise Vorschriften und Rahmenregelungen hinsichtlich von Versicherungspflichten, Wahlmöglichkeiten, Beiträgen und Ansprüchen getroffen. Hierzu zählt auch, dass Verteilungsfragen geklärt werden, also Umverteilungen innerhalb des Systems von Personen mit hohen zu Personen mit niedrigen Einkommen, von Gesunden zu Kranken und Jungen zu Alten.

5.1.3 Vergaberechtliche Vorschriften und SGB V

Mit dem GKV-OrgWG ist im Rahmen der neuen Selektivvertragsregelungen § 69 SGB V auch im Hinblick auf die Vergaberechtsvorschriften im GWB neu gestaltet worden.⁹⁵ § 69 Abs. 2 SGB V regelt nun, dass die Vorschriften zur Vergabe von öffentlichen Aufträgen nach §§ 97 ff. GWB bei

⁹³ Diese Vorschriften können greifen, wenn das Vergaberecht nicht gilt.

⁹⁴ Zur Begründung des GKV-WSG vgl. BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006, S. 1 f. u. S. 87. In dieser Stellungnahme wird auf die Stärkung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungsanbieterseite durch die implementierten Maßnahmen generell hingewiesen und explizit formuliert, dass Diskriminierung und Missbrauch verhindert werden sollen. Das Ziel der Wirtschaftlichkeit, das mit dem Ziel der Effizienz i. d. R. gleichzusetzen ist, ist in mehreren alternativen Paragraphen im SGB V z. B. bezüglich des vertragsärztlichen Bereichs in § 106 SGB V verankert.

⁹⁵ Zu den einzelnen selektiven Vertragsmöglichkeiten vgl. Kapitel 2.2, 4.2 und 4.3. Zum Überblick vgl. Liessem & Stenmeyer et al. 2007: S. 19 ff.

Selektivverträgen zu berücksichtigen sind.⁹⁶ Das Ziel des Vergaberechtes im Allgemeinen und damit auch im Gesundheitsbereich ist es, das Ausschreibungsverfahren zu klären und eine unsachgemäße Ausschreibung zu verhindern.

Zunächst ist festzuhalten, dass das Vergaberecht kein originäres wettbewerbsökonomisches Instrument ist.⁹⁷ Es ist vielmehr ein Hilfskonstrukt, um bei öffentlicher Auftragsvergabe, bei der der Auftraggeber aus seiner gesetzlich verankerten Stellung heraus über eine gesonderte Stellung verfügt, eine weitestgehend faire Ausschreibung zu gewährleisten. Über das Vergaberecht wird damit quasi eine wettbewerbliche Auftragsvergabe simuliert. Vom Prinzip her handelt es sich um ein Auktionsverfahren, in dem der Zuschlag der Bieter erhält, der gemäß § 97 Abs. 5 GWB das wirtschaftlichste Angebot macht.

Die grundsätzliche Anwendung des Vergaberechtes gemäß § 69 SGB V ist aktuell nicht eindeutig geklärt, d. h., die vergaberechtlichen Vorschriften gelten nicht in jedem Fall, also bei jedem selektiven Vertrag zwischen Leistungsanbieter und Kasse. Es gilt der Grundsatz, dass die Anwendbarkeit der vergaberechtlichen Vorschriften im Einzelfall zu prüfen ist. Prinzipiell lassen sich im Gesetz keine Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsanbieterkreises finden, d. h., die Vorschriften sollten per se auf alle Selektivverträge mit Leistungsanbietern anwendbar sein.⁹⁸ In den Kommentaren des Gesetzgebers zu den neuen Regelungen lassen sich zwei Kriterien finden, die die Anwendung einschränken bzw. anhand derer eine Beurteilung der Verträge erfolgen soll⁹⁹: erstens das Geschäft bzw. die Aufgabe, die die Kasse mit dem Vertrag erfüllt, zweitens die Frage, ob die Entscheidung über den Leistungsabruf durch die Krankenkasse oder durch den Versicherten erfolgt.

Nach dem ersten Kriterium fallen solche vertraglich abgesicherten Geschäfte, die nicht unmittelbar zur zugewiesenen, versorgungsmäßigen Aufgabe der Kassen gehören, offenbar nicht zwangsläufig unter das Vergaberecht.

⁹⁶ Das GWB ist dementsprechend im § 116 Abs. 3 Satz und § 124 Abs. 2 Satz 1 angepasst worden. Die Anwendung des Vergaberechtes würde zur gesetzlich verankerten Stellung der Krankenkassen als rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts passen.

⁹⁷ Die An- oder Eingliederung an das GWB ist wettbewerbsökonomisch nicht als zwingend zu bezeichnen.

⁹⁸ Dies gilt auch für die später noch diskutierten Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern (vgl. Kapitel 5.2.2).

⁹⁹ Vgl. BT-Drs. 16/10609 vom 15.10.2008, S. 65 f.

Hierbei werden explizit der Kauf von Büromaterial und das Errichten von Gebäuden genannt.¹⁰⁰ Gemäß dem zweiten Kriterium handelt es sich offenbar um keine öffentlichen Aufträge und damit um keinen vergaberechtlichen Tatbestand, wenn die Entscheidung über den Leistungsabruf durch den Versicherten erfolgt. Beide Kriterien sind jedoch nicht als harte Kriterien zu verstehen. Es gilt in jedem Fall das Gebot der Einzelfallprüfung.

Durch die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH Rechtssache C-300/07; Hans & Christopherus Oymanns GbR, Orthopädie Schuhtechnik gegen AOK Rheinland/Hamburg) vom 11.6.2009 auf Grundlage der Richtlinie 2004/18 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 über die Koordinierung der Verfahren zur Vergabe öffentlicher Bauaufträge, Lieferaufträge und Dienstleistungsaufträge scheinen in diesem Zusammenhang einige Sachverhalte geklärt zu sein. Zumindest gilt dies im Rahmen der Klage. Das Gericht macht deutlich, dass im zu beurteilendem Fall, in dem es um die Klage eines Herstellers von orthopädischen Schuhen gegen die AOK Rheinland/Hamburg wegen einer nicht den Vergaberichtlinien entsprechenden Ausschreibung ging, erstens gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber anzusehen sind. Der Hauptgrund für diese Einschätzung durch das Gericht ist, dass die gesetzlichen Kassen in der Hauptsache öffentlich finanziert werden, d.h. der Status des öffentlichen Auftraggebers ist hier an die Finanzierung gekoppelt. Zweitens ist das Vergaberecht im vorliegenden Fall anzuwenden bzw. eine europaweite Ausschreibung vorzunehmen, wenn bzw. weil der Auftrag ein Volumen von 206.000 € erreicht. Da sich das Urteil zum gegebenen Fall auf orthopädische Heilmittel bezieht, bleibt abzuwarten, wie und ob die Anwendung des Vergaberechtes und der entsprechenden Ausschreibungspflichten analog auf alle Rabattverträge und selektiven Verträge mit Leistungserbringern zu übertragen ist. Hierbei sind Alleinstellungsmerkmale, wie der Ort einer Praxis oder das Herstellen von exklusiven Präparaten, zu berücksichtigen, die eine Ausschreibung nicht ermöglichen. Zusätzlich ist das Auftragsvolumen zu beachten.

Der Gesetzgeber hat im Zuge der Neureglungen durch das GKV-OrgWG weitere Änderungen vorgenommen. Im Falle der Anwendung der Missbrauchsvorschriften des GWB gemäß § 69 SGB V sind nicht wie üblich die Zivilgerichte zuständig, sondern die Sozialgerichtsbarkeit ist zur letztendlichen Klärung anzurufen. Die Veränderung der Zuständigkeit wird in den Kommentaren des Gesetzgebers damit begründet, dass bei einem potenziellen Missbrauchsverfahren nicht nur die Kriterien der Missbrauchskontrolle

¹⁰⁰ Vgl. Änderungsantrag 8 v. 8.10.2008 zum GKV-OrgWg, S. 4.

des GWB, sondern auch das Kriterium der Sonderstellung und des öffentlichen Auftrags der GKV von den Gerichten zu berücksichtigen ist.

5.2 Der rechtliche Status Quo in den einzelnen Sektoren

In den nachfolgenden Abschnitten werden zentrale Regelungen, die den Wettbewerb, die Wettbewerbspotentiale und die Wettbewerbsbeziehungen der aufgeführten Akteure betreffen, sowie die relevanten institutionellen Zuständigkeiten aufgezeigt. Es wird hierbei keine abschließende, allumfassende Darstellung der Regelungen erfolgen, sondern es werden erstens die Grundprinzipien und die Ziele herausgearbeitet. Die Darstellungen orientieren sich hierbei zweitens nur an den Bereichen und Vorschriften, die wettbewerbsökonomische Relevanz haben.

5.2.1 Regelungen für Krankenkassen und Versicherte

Gesetzliche Krankenversicherungen haben gemäß Art. 87 Abs. 2 GG den Status von rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts. Dieser Grundsatz ist im SGB in § 29 Abs. 1 SGB IV ebenfalls verankert. Daraus ergibt sich, dass das Kartellverbot gemäß § 1 GWB nicht gilt bzw., dass diese Vorschrift aktuell nicht angewendet wird, da die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Unternehmen sind. Aus den weiteren Vorschriften ergibt sich ein Unterschied bei den Zuständigkeiten hinsichtlich der Aufsicht.¹⁰¹ Je nach geografischem Zuständigkeitsgebiet bzw. Versicherungskreis der Kasse fällt die Aufsicht dem Bund oder dem entsprechenden Land zu. Die Zuständigkeiten der Bundes- und Landesbehörden sind hierbei vielfältig.

Krankenkassen konkurrieren auf Versicherungsmärkten um Versicherte. Für die folgende wettbewerbsökonomische Einschätzung ist es hierbei unerheblich, aus welchen Motiven dies geschieht.¹⁰² Auf den Versicherungs-

¹⁰¹ Dieser Form der Aufsicht unterliegen Unternehmen aus alternativen Bereichen nicht. Die Folgen für den Wettbewerb werden nachfolgend dargestellt.

¹⁰² Da Kassen keine Gewinn erzielen dürfen, lässt sich der Wettbewerb um Versicherte nicht aus dem klassischen ökonomischen Ziel der Gewinnmaximierung herleiten. Wettbewerb um die Versicherten entsteht aber auch dann, wenn die Kassen im Interesse ihrer Versicherten handeln und zum Beispiel versuchen, neue Versicherte zu gewinnen, um den Risikoausgleich innerhalb der Versicherten zu verbessern. Ähnliches gilt bei Fragen der Tarifierung oder der Gestaltung der Leistungsmerkmale. Je besser Kassen in der Lage sind, ihre Angebote an die Präferenzen ihrer Versicherten anzupassen, desto attraktiver werden sie auch für alle anderen Versicherten, die äh-

märkten ist das wettbewerbsrechtliche Instrument der Missbrauchskontrolle nicht relevant.¹⁰³ Die Rechte, Pflichten und Ansprüche der Versicherten sowie die der Krankenkassen sind über die Gesetzgebung weitestgehend vorgegeben. Das Verhalten einer Kasse gegenüber ihren Kunden kann insofern nicht als Missbrauchstatbestand im Sinne des GWB gewertet werden.¹⁰⁴

Durch die Neuregelungen im GKV-OrgWG ist die Insolvenzfähigkeit in der GKV zum 1.1.2010 neu geregelt worden.¹⁰⁵ Die jeweilig zuständige Landes- oder Bundesbehörde erhält hierdurch umfassende Rechte und eine zentrale Stellung im Falle einer Insolvenz. Insbesondere wird über diese Institutionen die Zusammenlegung von Kassen im Insolvenzfall beeinflusst bzw. bestimmt.¹⁰⁶ Der Ablauf der Vereinigung wird über § 144 SGB V¹⁰⁷ geregelt, der im Übrigen auch bei freiwilligen Zusammenlegungen von Ortskrankenkassen gilt. Findet eine Vereinigung von anderen Kassenarten statt, so gelten die jeweiligen Vorschriften.¹⁰⁸ Kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse sind gemäß § 171a SGB V vorzunehmen bzw. abzuwickeln. Unabhängig von der Kassenart ist allen Krankenkassenzusammenschlüssen gemein, dass die zuständige Aufsichtsbehörde in den Zusammenschluss involviert ist und der Zusammenlegung zustimmen muss.

Bei Zusammenschlüssen von Krankenkassen sind auch die Rechtsvorschriften gemäß §§ 35 ff. GWB zu berücksichtigen bzw. diese Vorschriften werden aktuell angewendet.¹⁰⁹ Das Bundeskartellamt prüft folglich, ob sich durch den Zusammenschluss von Kassen eine marktbeherrschende Stellung ergibt oder eine solche Marktposition verstärkt wird. Die Prüfung erfolgt

liche Präferenzen haben. Im Zusammenspiel mit dem Kontrahierungszwang, dem die Kassen unterworfen sind, ergibt sich auch hierdurch Wettbewerb um die Versicherten. Schließlich können Kassen auch schlicht deshalb um Versicherte konkurrieren, weil sie ihre Umsätze, ihre Größe oder die im Unternehmen verfügbaren Renten maximieren wollen. Vgl. hierzu auch die vorangegangenen Kapitel, insbesondere Kapitel 2.2.

¹⁰³ Wann die Missbrauchskontrolle bei Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern anzuwenden ist, wird in den folgenden Kapiteln analysiert.

¹⁰⁴ Bei einem entsprechenden Verhalten einer Kasse muss mit Rechtsstreitigkeiten und einer Abwanderung der Versicherten gerechnet werden. Im Streitfall sind die zuständigen Sozialgerichte anzurufen.

¹⁰⁵ Vgl. §§ 171 f., 265a ff. SGB V.

¹⁰⁶ Vgl. § 171a SGB V.

¹⁰⁷ Insbesondere Absätze 2-4.

¹⁰⁸ Vgl. § 150 (BKK), § 160 (IKK), § 168a SGB V (EK).

¹⁰⁹ Vgl. BT-Drs. 16/3100.

losgelöst und unabhängig von der Prüfung der oben genannten zuständigen Aufsichtsbehörde.

5.2.2 Regelungen für Leistungsanbieter

Der ambulante Sektor

Grundsätzlich liegt auch nach den neuen Regelungen der Sicherstellungsauftrag auf der Arztvertreterseite, also bei den KVen. Soweit die Krankenkassen jedoch Verträge zur Integrierten Versorgung, zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung abschließen, geht der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen über. Per Gesetz muss bis zum 30.6.2009 eine vertragliche Regelung zwischen den Kassen und den Vertretern der Allgemeinärzte getroffen werden. Ärzte können gleichzeitig an beiden Versorgungsformen teilnehmen, d. h. sowohl Patienten von Kassen im Rahmen der kollektiven als auch der selektiven Versorgung behandeln. Vom Grundsatz her sind alle Ärzte, die an der neuen selektiven Versorgungsform teilnehmen, zugelassene Vertragsärzte.

Mit Blick auf die niedergelassenen Ärzte gilt, dass durch die Neuregelungen die Vergabevorschriften grundsätzlich gelten können und die Missbrauchskontrolle angewendet werden kann, wenn dies nach dem jeweiligen Vertrag gemäß § 73c SGB V angezeigt ist und das Ausnutzen einer marktbeherrschenden Stellung durch eine Kasse vorliegt. Die Anwendbarkeit ist jedoch im Einzelfall zu prüfen.

Das Kartellverbot findet aufgrund der rechtlichen Stellung der KVen bzw. der Vertretung der Hausärzte praktisch keine Anwendung, denn die Absprachen werden faktisch über diese Institutionen geleistet. Eine Anwendung findet auch offensichtlich dann nicht statt, wenn sich Hausärzte zu freiwilligen Gruppen zusammenschließen und selektive Verträge eingehen, denn dies ist ausdrücklich vom Gesetzgeber gewünscht. Die Missbrauchskontrolle findet in der kollektivvertraglichen Systematik ebenfalls keine Anwendung.¹¹⁰ Hinsichtlich der Zusammenschlusskontrolle gilt, dass bei Fusionen oder Zusammenlegungen von Arztpraxen prinzipiell die Zusammenschlusskontrolle im Einzelfall anzuwenden ist, wenn die Aufgreifkriterien erfüllt sind.

¹¹⁰ Ungeachtet dessen wäre im Einzelfall zu klären, inwiefern das Kartellverbot und die Missbrauchskontrolle anwendbar sind, wenn Dritte betrachtet werden, etwa Zulieferer von Ärzten, aber auch Patienten oder Gruppen von Patienten. Die Frage des potenziellen Missbrauchs wird in Kapitel 0 aufgegriffen.

Der stationäre Sektor

Selektive Verträge zwischen Kassen und Krankenhäusern sind für den vollstationären Bereich bislang die Ausnahme und nicht grundsätzlich vorgesehen. Diese sind möglich, wenn Versuchsprojekte (sog. Modellvorhaben) durchgeführt werden (vgl. § 63 SGB V). D. h., es handelt sich i. d. R. um Add-On-Verträge, die als additiv und nicht als substitutiv anzusehen sind.

Mit den letzten Reformen ist es den Krankenhäusern erleichtert worden, vertikale Integration zu betreiben und Leistungen im niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich zu erbringen und mit der GKV abzurechnen. Zentral besteht für Krankenhäuser seit dem GMG (2004) die Möglichkeit, medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 SGB V zu gründen und zu betreiben.¹¹¹ Selektive Verträge können nun durch die neuen Reformmaßnahmen zwischen Kassen und MVZ analog zu den bereits beschriebenen Verträgen zwischen Versicherungen und niedergelassenen Ärzten über ambulante Leistungen geschlossen werden. Substitutive Verträge sind hierbei möglich, d. h., das Vergütungsvolumen wird der betroffenen KV entzogen.

In Analogie zum niedergelassenen Ärztebereich kann ein selektiver Vertrag zwischen einer Kasse und einem zu einem Krankenhaus zugehörigen MVZ § 69 SGB V unterliegen. Das Vergaberecht und die Missbrauchskontrolle können also Anwendung finden. Es bedarf jedoch wiederum einer Einzelfallprüfung, ob die dort enthaltenen Vorschriften bezüglich des Vergaberechts und der Missbrauchskontrolle dementsprechend greifen.

Die im GWB implementierten drei Instrumente sind im Hinblick auf die Krankenhäuser unterschiedlich zu beurteilen. Hinsichtlich des Kartellverbotes gilt eine ähnliche Einschätzung wie im niedergelassenen Ärztesektor: Die potenziellen Absprachen und die potenzielle Koordinierung können in den jeweiligen Verbänden erfolgen, deren Stellung gesetzlich verankert ist. Dies ist vom Gesetzgeber über die entsprechenden Vorschriften explizit so gewünscht. Die Missbrauchskontrolle findet im aktuellen Ordnungsrahmen bei vollstationären Leistungen keine Anwendung, denn wenn im Rahmen von Vertragsverhandlungen keine Einigung zu Stande kommt, werden diese Streitigkeiten über Schiedsstellen gelöst.¹¹² Unter die Zusammenschlusskontrolle fallen grundsätzlich alle Krankenhausfusionen, wenn die Auf-

¹¹¹ Die Möglichkeit, MVZ zu betreiben, besteht auch für niedergelassene Ärzte.

¹¹² Ungeachtet dessen wäre auch hier im Einzelfall zu diskutieren, inwiefern das Kartellverbot und die Missbrauchskontrolle anwendbar sind bzw. relevant werden, wenn Dritte betrachtet werden, also beispielsweise Zulieferer oder Arzneimittelhersteller, von denen Krankenhäuser Produkte beziehen, aber auch Patienten oder Gruppen von Patienten. Fragen des potenziellen Missbrauchs wird in Kapitel 0 aufgegriffen.

greifkriterien erreicht werden. Die Anwendung ist vor allem bei umsatz- und marktstarken Klinikketten angezeigt.

Der Pharmasektor

Durch die letzten Reformen sind die Möglichkeiten von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern nach § 130a Abs. 8 SGB V erneuert worden.¹¹³ Die Ausgestaltung solcher Rabattverträge beinhaltet zentral einen Preisabschlag auf die Arzneimittelpreise eines Herstellers. In der konkreten Ausgestaltung werden aktuell alternative Vereinbarungen diskutiert oder sind bereits real vorhanden.¹¹⁴ Es können erstens Verträge hinsichtlich von Wirkstoffen oder Wirkstoffgruppen von Anbietern geschlossen werden. Eine zweite Möglichkeit besteht in der Vereinbarung eines Sortimentsvertrages mit einem Anbieter. In einem solchen Vertrag würde sich eine Kasse verpflichten, das gesamte Sortiment eines Herstellers bei entsprechenden Preisabschlägen abzunehmen. Drittens können Risk-Share-Verträge abgeschlossen werden, die Garantien der Hersteller mit einschließen. Diese Garantien können sich beispielsweise auf die Wirksamkeit von Medikamenten beziehen, wobei der Hersteller beispielsweise Teile der Entgelte der Kassen an diese zurückzahlt, wenn die Wirkung der Medikamente schlechter als angenommen ist und daraufhin Folgekosten entstehen. Eine weitere Variante wäre hier, dass der Hersteller garantiert, dass die Ausgaben einer Kasse ein verhandeltes Gesamtbudget nicht übersteigen, auch wenn Medikamente des Herstellers vermehrt verordnet werden.¹¹⁵

Die getroffenen Regelungen des Gesetzgebers sehen nun weiter vor, dass die Apotheken per Gesetz die Arzneien abzugeben haben, für die die Krankenkasse des Patienten einen Rabattvertrag ausgehandelt hat. Diese Regelung gilt jedoch nicht ausschließlich. Der behandelnde Arzt hat vom Grundsatz her Behandlungsfreiheit und kann über einen Vermerk auf dem Rezept (sogenannter Aut-Idem-Ausschluss) auf der Abgabe des verordneten Medikamentes durch den Apotheker bestehen, auch wenn ein wirkstoffgleiches, rabattiertes Medikament vorhanden ist.

Die Rabattverträge unterliegen § 69 SGB V. D. h., es sind sowohl die vergaberechtlichen Vorschriften zu berücksichtigen als auch der Umstand, dass die Missbrauchskontrolle bei Bedarf anwendbar ist. Hierbei geht der Gesetzgeber in seinen Kommentaren von einer generellen Gültigkeit der ver-

¹¹³ Vgl. zu weiteren Regelungen §§ 129 ff. SGB V.

¹¹⁴ Vgl. im Überblick z. B. Ärzte-Zeitung 2009a.

¹¹⁵ Die zusätzliche Menge an Medikamenten wird dann unentgeltlich abgegeben.

gaberechtlichen Vorschriften aus. Grundsätzlich lässt es der Gesetzgeber zu, dass Rabattvereinbarungen zwischen einzelnen Kassen und Arzneimittelherstellern oder im Rahmen von gemeinsamen Ausschreibungen zwischen Gruppen von Kassen und Arzneimittelherstellern zu Stande kommen.

Auch in diesem Versorgungssektor sind die Anwendbarkeit und die Anwendung der Instrumente des GWB unterschiedlich zu beurteilen. Pharmaunternehmen und die angrenzenden Unternehmen, wie z. B. Pharmagroßhändler, unterliegen grundsätzlich dem Kartellverbot. Absprachen zwischen den Unternehmen zu Lasten Dritter sind nicht erlaubt. Eine Ausnahme besteht dann, wenn beispielsweise über Pharmaverbände ein gemeinsames Handeln von separaten Unternehmen vom Gesetzgeber vorgesehen bzw. erlaubt ist. Der Geltungsbereich der Zusammenschlusskontrolle ist gleichfalls zu berücksichtigen, wenn Arzneimittelhersteller fusionieren wollen, d. h. wenn Pharmaunternehmen Zusammenschlüsse planen und die Aufgreifkriterien erfüllt sind, ist das Bundeskartellamt zur Prüfung angehalten. Die Missbrauchskontrolle greift nach Maßgabe von § 69 SGB V gegenüber Krankenkassen.

5.3 Analyse und Bewertung des Wettbewerbs und der Rückwirkungen

5.3.1 Grundsätzliche Anmerkungen

Ziel der Gesundheitspolitik war es mit den letzten beiden Reformmaßnahmen (GKV-WSG; GKV-OrgWG), die Wettbewerbspotentiale zu erhöhen und somit den Wettbewerb im Gesundheitssystem zu stärken, um Effizienzreserven zu erschließen. Das Hauptaugenmerk lag bei den Gesetzesänderungen auf der Schaffung bzw. Erweiterung von Selektivvertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Diese Änderungen stehen im Vordergrund der Analyse. Zusätzlich werden die Rückwirkungen für die Versicherten bzw. Patienten wettbewerbsökonomisch eingeschätzt.

Grundsätzlich brechen die Neuerungen die Regelungen zu den kollektiven Gruppenverhandlungen auf und erlauben somit eher marktliche, dezentrale Austauschbeziehungen. Insgesamt werden die Gruppenverhandlungen jedoch nicht per se abgeschafft, sondern nur teilweise durch die selektiven Verträge substituiert oder ergänzt. Der Bereich der selektiven Verträge, insbesondere derjenige, der substitutiv zu den kollektiven Vereinbarungen ist, wird im Folgenden wettbewerbsökonomisch analysiert, und es werden hierfür Empfehlungen erarbeitet.

5.3.2 Der Krankenkassenwettbewerb

Im Rahmen der allgemeinen Ausführungen zum GWB¹¹⁶ und der weiteren Erläuterungen zum Krankenkassenbereich¹¹⁷ sowie der vorangegangenen Kapitel des Gutachtens ist erstens deutlich geworden, welche wettbewerbsrechtlichen Instrumente im Kassenbereich anwendbar sind.¹¹⁸ Zweitens ist aufgezeigt worden, welche Wettbewerbsparameter mit den neuen Regelungen beeinflusst bzw. geändert worden sind. Es gilt nun zu beurteilen, ob die vorhandenen, neu geschaffenen Wettbewerbspotentiale ausgeschöpft werden, d. h. wie stark die reale Wettbewerbsintensität zukünftig sein wird und die neu geschaffenen, den Wettbewerb regelnden Rahmenbedingungen von den Beteiligten so genutzt werden, dass die Wettbewerbsintensität zukünftig steigt.¹¹⁹

Über Art und Intensität des Krankenkassenwettbewerbs seit Einführung der Kassenwahlfreiheit existieren mittlerweile einige empirische Erkenntnisse (vgl. z. B. Andersen et al. 2007 bzw. Kapitel 2.2.3). Sie zeigen, dass der Wettbewerbscharakter auf diesem relativ jungen Versicherungsmarkt größeren Veränderungen unterliegt. Gerade angesichts der jüngsten Gesundheitsreformen und der zunehmenden Bedeutung des Vertragsmarktes für den Kassenwettbewerb lassen sich aus den Erfahrungen der Vergangenheit nur eingeschränkt Schlussfolgerungen für die zukünftige Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenkassen ziehen. Im Folgenden wird daher anhand von zwei Szenarien ausgeführt, welche Tatbestände für (Szenario I) und welche Umstände gegen (Szenario II) ein Ausnutzen der vorhandenen Wettbewerbsspielräume sprechen. Gleichzeitig wird in den Szenarien auf die möglichen Rückwirkungen für die Versicherten eingegangen.

Szenario I: Tatbestände für das Ausnutzen der vorhandenen Wettbewerbsspielräume

Die Möglichkeiten der Krankenkassen, sich über die neu zugelassenen selektiven Verträge von ihren Konkurrenten zu unterscheiden und somit Wettbewerbsvorteile zu erlangen, haben durch die Möglichkeiten der selektiven Verträge zugenommen. Im Rahmen der bisherigen Regelungen kann

¹¹⁶ Vgl. Abschnitt 5.1.1.

¹¹⁷ Vgl. Abschnitt 5.1.2.

¹¹⁸ Aufgrund der gegebenen Regulierung ist umgekehrt zu erkennen, dass § 1 GWB, d. h. das Kartellverbot, nicht greift.

¹¹⁹ Eine hohe reale Wettbewerbsintensität setzt voraus, dass die Versicherungen Anreize setzen, damit die Versicherten motiviert sind, die möglichen Angebote zu nutzen. Vgl. Schiller (2008).

ten Krankenkassen zwar auch über die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen in Art, Vielfalt und Qualität um Kunden konkurrieren.¹²⁰ Die Möglichkeiten waren hierbei jedoch eingengt und nicht selten auf Modellvorhaben gemäß § 65 SGB V begrenzt.¹²¹ Jetzt können sich Krankenkassen beispielsweise dadurch auszeichnen, dass Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern abgeschlossen werden und die eigenen Versicherten bei ansonsten identischen Erkrankungen bevorzugt, schneller behandelt werden. Krankenkassen könnten sich auch dadurch differenzieren, dass Rabattverträge mit renommierten Herstellern von Arzneimitteln abgeschlossen werden.

Das Motiv jeder einzelnen Kasse, solche Varianten zu offerieren, liegt darin, dass für die Versicherten attraktive, auf bestimmte Patienten oder Patientengruppen zugeschnittene Angebote die Versichertenzahlen bei einer Kasse erhöhen können.¹²² Wenn eine solche Ausdifferenzierung statt findet, dann sinkt gemäß der allgemeinen Ausführungen zum Problem der Kartelle gleichzeitig die Gefahr von Absprachen zwischen Kassen, da die Homogenität der Anbieter bzw. der angebotenen Produkte sinkt – oder umgekehrt die Heterogenität zunimmt.

Versicherte können in diesem Szenario die Krankenkasse gemäß ihrer Präferenzen wählen, wobei zukünftig eine größere Vielfalt an Versicherungsangeboten hinsichtlich von Wahlтарifen möglich ist. Versicherte können beispielsweise mit der Wahl ihrer Kasse entscheiden, ob es für sie wichtig ist, nur Präparate von renommierten Herstellern einzunehmen bei wahrscheinlich niedrigeren Beitragsrückerstattungen oder aber eben die Wirkstoffe von nicht renommierten Medikamentenherstellern bei gleichzeitig wahrscheinlich höheren Beitragsrückerstattungen. Letztendlich kann dies zu einer erhöhten Effizienz im System führen. Eine hohe reale Wettbewerbsintensität führt zu einer automatischen Weitergabe von erschlossenen Effizi-

¹²⁰ Ein dritter Wettbewerbsparameter ist der Service einer Kasse, beispielsweise gemessen an der Nähe des Versicherten zur nächsten Niederlassung. Dieser Parameter wird nicht weiter betrachtet.

¹²¹ Vgl. zu den Problemen des Kassenwettbewerbes auch Bundeskartellamt (2006).

¹²² Mit „attraktiv“ ist hier nicht gemeint, dass Kassen dann ausschließlich das sogenannte „Rosinenpicken“ von guten Risiken betreiben müssen, um am Markt zu bestehen. Vielmehr können auch Versicherungspakete für alternative Erkrankungsgruppen (Diabetes, weitere chronische Erkrankungen usw.) aus Kassensicht sinnvoll sein. Die Kassen könnten dann spezielle Behandlungsmöglichkeiten anbieten und über entsprechende Verträge mit Leistungsanbietern Größen- bzw. Kostenvorteile erzielen oder aber über Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern aufgrund einer großen Menge an bestimmten Medikamenten Vorteile realisieren.

enzpotentialen, da dann Vorteile gegenüber Konkurrenten auf den Versicherungsmärkten erzielt werden. Über die angeführten selektiven Verträge ist es gleichfalls möglich, technische und allokativen Ineffizienzen abzubauen. Leistungsanbieter könnten im Bestfall dazu gezwungen werden, sämtliche Kosteneinsparpotentiale zu realisieren und Preise in Höhe ihrer Grenzkosten zu setzen.

Szenario II: Tatbestände gegen das Ausnutzen der vorhandenen Wettbewerbsspielräume

Es muss gesehen werden, dass die Neuregelungen die Wettbewerbspotentiale teilweise nicht erhöhen, sondern im Gegenteil, Wettbewerbsspielräume reduzieren oder sogar verhindern. Bislang lief der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte zentral über den Krankenkassenbeitrag.¹²³ Der Preis als Wettbewerbsparameter ist direkt erkennbar für den Versicherten und hat daher eine hohe Signalwirkung.¹²⁴ Der Preis ist dann als entscheidender Parameter anzusehen, wenn die versicherten Leistungen, verstanden als Mindestbündel oder hier als Krankenvollversicherung, praktisch fest und weitestgehend identisch sind. Über den neu eingeführten Gesundheitsfonds wird der Wettbewerb über den Preis, verstanden als direkt sichtbarer Krankenkassenbeitrag, weiter reduziert, da Preisdifferenzen ausgeglichen werden.¹²⁵ Das bedeutet letztendlich: Nutzen die Krankenkassen nicht, wie in Szenario I beschrieben, die Möglichkeit, sich durch selektive Verträge und Wahltarife von ihren Konkurrenten abzuheben und insofern sich durch quasi „indirekte“ Preisnachlässe (Boni, Prämienrückzahlungen usw.) zu unterscheiden, dann wird der Parameter Preis in seiner Bedeutung reduziert.

Ob die Kassen die neu geschaffenen Wettbewerbsspielräume im Rahmen der selektiven Vertragsmöglichkeiten nutzen, hängt zentral davon ab, ob Anreize gegeben sind, Absprachen zu treffen.¹²⁶ Vereinheitlichen Versiche-

¹²³ Hierbei waren auch Beitragssatzrückerstattungen oder Optionstarife zumindest möglich. Der Wettbewerb um Versicherte zwischen PKV und GKV wird nicht weiter betrachtet, da hier nur freiwillig Versicherte GKV-Versicherte in Betracht kommen können.

¹²⁴ Vgl. Kapitel 2.2.2 und Kapitel 2.2.3.

¹²⁵ Für diese wettbewerbsökonomische Einschätzung ist der genaue Ausgleichsmechanismus unerheblich.

¹²⁶ Zu diesem Problemkreis zählt auch, dass ein Wettbewerb über die selektivvertraglich gebundenen Leistungsanbieter zwischen Kassen als kritisch angesehen werden kann. Erstens besteht aktuell das kollektivvertragliche System inklusive Sicherstellungsauftrag noch weiter und zweitens besteht bei den Versicherten freie Arztwahl. Dies

rungen ihre Verhaltensweisen, dann kann wettbewerbsökonomisch von Kartellen gesprochen werden. Absprachen können sich auf alternative Parameter beziehen. Beispielsweise können Wahltarife in der Form abgesprochen werden, dass gleiche Angebote bei allen Versicherungen vorliegen. Oder aber die Versicherungen teilen sich über zugeordnete Wahltarife die Versicherten zu und damit den Markt auf. Es könnten auch abgestimmte Verhaltensweisen bezüglich der selektiven Verträge auftauchen, etwa in der Weise, dass Ausschreibungen gleich ausgestaltet werden und somit womöglich gleiche Rabatte erzielt werden. In diesem Kontext können Ausschreibungen gemeinsam vorgenommen werden. Das würde bedeuten, dass keine Wettbewerbsvorteile von einzelnen Kassen auf dem Versicherungsmarkt zu beobachten wären, weil alle teilnehmenden Kassen von den ausgehandelten, gleichen Konditionen profitieren.

Das Motiv für ein Kartellverhalten der Kassen kann zusammengefasst darin gesehen werden, dass die „Marktruhe“ garantiert wird: Die Renten der Krankenversicherungen werden unter den gegebenen Regelungen maximiert und abgesichert. Umverteilungsgewinne von den Leistungserbringern zu den Kassen bzw. die dadurch anfallenden Renten aufgrund von erschlossenen Effizienzreserven werden von den Krankenkassen dann nicht oder nicht zwangsläufig auf die Versicherten beispielsweise über Prämienerrstattungen, Boni, zusätzlich gewährten Leistung usw. weiter gegeben.¹²⁷

Die Gefahr von Absprachen hängt davon ab, inwiefern die weiteren, allgemein aufgeführten Kriterien, die Kartelle fördern, auf den Versicherungsmärkten als erfüllt anzusehen sind. Es ist zu erkennen, dass viele der genannten Tatbestände als erfüllt anzusehen sind. Beispielsweise erleichtert das neu einzurichtende Meldewesen beim Spitzenverband der GKV die Abstimmung unter den Kassen. Es müssen in der aktuellen Situation faktisch auch keine Neueintritte bei den Krankenkassen befürchtet werden bzw. diese spielen aktuell keine Rolle. Die Zahl der gesetzlichen Krankenversicherer ist seit 1991 rückläufig, d. h., die Koordination unter den Versicherun-

gilt, auch wenn die Bedeutung der substitutiven Selektivverträge zunimmt. Drittens ist fraglich, ob dieser Wettbewerb aufgrund der Intransparenz hinsichtlich der selektiven Verträge mit Leistungsanbietern und der sich daraus ergebenden Rückwirkungen für den einzelnen Versicherten überhaupt wirksam werden kann. Zumindest gilt dies aktuell.

¹²⁷ Fest steht, dass, wenn solche Vorteile erzielt werden, es aktuell keine Verpflichtung oder bindende Vorschrift gibt, diese an die Versicherten weitergeben zu müssen. Die Selektivverträge bewirken in einer solchen Situation lediglich eine Umverteilung von Renten und Gewinnen von den Leistungsanbietern hin zu den Krankenkassen, die volkswirtschaftlich zunächst als neutral gewertet werden kann. Diese Umverteilungsgewinne für die Kassen sind im Übrigen der Grund dafür, warum diese ein Interesse daran haben, selektive Verträge abzuschließen, und zwar unabhängig davon, ob die Vorteile an die Versicherten weiter gereicht werden.

gen vereinfacht sich zunehmend. Da gleichzeitig immer noch eher homogene Produkte, d. h. Krankenvollversicherungen, angeboten werden, ist das Ausnutzen der Kartellspielräume wahrscheinlich.

Gegen das Ausnutzen der vorhandenen Wettbewerbspotentiale spricht ferner, dass die deutschen Krankenversicherungsmärkte über Jahrzehnte einem Wettbewerb im herkömmlichen Sinne weitestgehend entzogen waren. Insofern besteht hier eine langjährige, historisch bedingte, tradierte, pfadabhängige Verhaltensweise der Kassen, die nicht dem Wettbewerbsgedanken insbesondere in der Unternehmensphilosophie entspricht. Krankenkassen sind eben per Gesetz keine Unternehmen, sondern öffentliche Körperschaften und unterliegen damit einem anderen Selbstverständnis.¹²⁸ Damit einher geht zum einen i. d. R. und im Vergleich zu anderen Märkten, die lange einem typischen Wettbewerb entzogen waren (Telekommunikation, Strom usw.), dass die Marktteilnehmer weder im Umgang mit den geschaffenen Wettbewerbsparametern im Rahmen von selektiven Verträgen geübt sind oder diese anzuwenden wissen, noch entsprechende Managementinstrumente vorliegen oder in den Unternehmen implementiert sind.¹²⁹ Zum anderen sind abgestimmte Verhaltensweisen über den gleichen Zeitraum im Krankenkassenbereich eingeübt worden. Dies gilt sowohl für eine Kassenart als auch kassenartenübergreifend. Diese abgestimmten Verhaltensweisen sind teilweise qua Gesetz in den einzelnen Sektoren auf Bundes- oder Landesebene beispielsweise im Rahmen von Budgetverhandlungen zu erkennen und könnten auf das selektive Vertragssystem übertragen werden.

Schließlich können die neu geschaffenen Wettbewerbsfreiräume durch wettbewerbswidriges Verhalten der Leistungserbringer ausgeschaltet werden. So können Pharmaunternehmen dem erhöhten Wettbewerbsdruck, der durch die kassenseitige Nachfrage nach Rabattverträgen entsteht, durch Preisabsprachen und abgestimmtes Verhalten in Ausschreibungsverfahren versuchen auszuweichen.¹³⁰

¹²⁸ Insofern kann es aktuell auch nur einen Wettbewerb von oder zwischen Körperschaften des öffentlichen Rechtes geben. Dieser unterliegt im Vergleich zu anderen Märkten, wie ausgeführt, alternativen Rahmenbedingungen.

¹²⁹ Solche angepassten Managementinstrumente werden auf deregulierten Märkten i. d. R. immer von Newcomern eingebracht. Hierdurch werden die Etablierten unter Druck gesetzt. Newcomer sind jedoch auf dem Versicherungsmarkt, wie bereits ausgeführt, nicht oder kaum zu erkennen.

¹³⁰ Kartellierungspraktiken im Pharmasektor sind in der wettbewerbsrechtlichen Praxis bereits Legende (siehe Haucap, Müller und Wey (2005) für eine Übersicht, die zeigt, dass die wichtigsten internationalen Kartellfälle maßgeblich im Pharmasektor angesiedelt waren). Wettbewerbswidriges Verhalten der Pharmaunternehmen kann auch

5.3.3 Die Märkte für Leistungsanbieter

Der ambulante Sektor

Während die Kassen mit dem Angebot von Wahltarifen direkt im Wettbewerb um die Versicherten stehen, befinden sich die Leistungserbringer gegenüber den Kassen in einem Wettbewerb um den Abschluss selektiver Verträge. Dies gilt nicht nur bei der Entscheidung, Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung beizutreten, vor allem gilt dies auch für die Teilnahme an Ausschreibungen nach § 73c SGB V oder für Beteiligungen an integrierten Versorgungsformen nach § 140a, b SGB V.

Der Wettbewerb um den Abschluss der genannten Verträge ist aus ökonomischer Sicht ein Wettbewerb um den Behandlungsmarkt, d. h. um den Zugang zu Patienten. Für die Kassen sind dabei die Tarif- und Leistungs- bzw. Qualitätsmerkmale der Leistungserbringer entscheidend. Aus Sicht der Leistungserbringer gilt, dass selektive Verträge umso attraktiver sind,

- je größer die Zahl der Patienten ist, die auf Seiten der Kassen an den entsprechenden Wahltarifen teilnehmen, und
- je stärker sich die Leistungserbringer durch die Verträge gegenüber anderen Leistungserbringern differenzieren können.

Während der zuerst genannte Punkt auf die erwartete Zahl von Leistungen und damit den erwarteten Umsatz abzielt, bezieht sich der zweite Punkt auf die Frage, ob sich erwartete Wettbewerbsvorteile auch ex post realisieren lassen. Maßgeblich ist hierbei die Möglichkeit Dritter, die zum Leistungsanbieter in einem direkten Wettbewerbsverhältnis stehen, den Verträgen im Nachhinein beizutreten bzw. gleiche oder ähnliche Vertragskonditionen zu erhalten. Grundsätzlich gilt dabei, dass alle Optionen, die einen Beitritt konkurrierender Leistungsanbieter eröffnen oder entsprechende Anpassungen von Verträgen vorsehen, die Attraktivität selektiver Systeme für Leistungsanbieter verringern und daher auch die Intensität des Wettbewerbs um die Aufnahme in das System selektiver Verträge reduzieren.¹³¹ Im Fall der hausarztzentrierten Versorgung sind solche Optionen immer gegeben, wenn die Verträge gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V durch kollektive Vereinba-

auf eine Beschränkungen des Innovationswettbewerbs durch strategische Patentierungspraktiken abzielen (siehe hierzu die vorläufige Branchenanalyse des Pharmasektors in Europäische Kommission (2008)). Auf der Ebene der Verschreibung von Medikamenten können Pharmaunternehmen versuchen, direkt oder indirekt mittels unlauterer Mittel Einfluss zu gewinnen. Die Abwehr solcher Praktiken unterliegt allerdings nicht ausschließlich der Wettbewerbsaufsicht.

¹³¹ Entsprechende Optionen haben im Grunde die gleichen Wirkungen wie Tiefstpreisgarantien, mit denen Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern stark reduziert werden kann.

rungen zustande gekommen sind. Wettbewerb um den Abschluss dieser Verträge kann sich daher nur sehr eingeschränkt entwickeln. Im Gegensatz dazu gilt bei selektiven Verträgen zur integrierten Versorgung, dass alle Vertragsparteien einem Zutritt Dritter zustimmen müssen. Leistungserbringer sind damit ex post vor dem Zutritt Dritter geschützt und können versuchen, die durch die entsprechenden Verträge geschaffenen Differenzierungsmerkmale in Wettbewerbsvorteile umzusetzen. Selektive Verträge zur integrierten Versorgung eröffnen daher Wettbewerbspotentiale, die von den Leistungserbringern durch Angebote verschiedener Vergütungsformen und unterschiedlicher Leistungsmerkmale genutzt werden können.

Ob bei diesem Wettbewerb mit Verzerrungen zu rechnen ist bzw. wie mögliche marktbeherrschende Stellungen von Kassen zu beurteilen sind, hängt von einer Reihe von Bedingungen ab. Grundsätzlich gilt dabei, dass Wettbewerbsverzerrungen im Rahmen von selektiven Verträgen sowohl durch marktmächtige Kassen als auch durch marktmächtige Leistungsanbieter induziert werden können.

Wettbewerbsverzerrungen durch marktmächtige Kassen

Marktmächtige Kassen können nicht nur den Wettbewerb gegenüber den Leistungsanbietern verzerren. Sie können ihre Stellung auch dazu benutzen, den Wettbewerb unter den Kassen zu ihren Gunsten zu verzerren.¹³²

Wettbewerbsverzerrungen gegenüber den Leistungserbringern ergeben sich, wenn Leistungserbringer marktmächtigen Kassen auch solche Verträge bzw. Konditionen anbieten, die nicht ihre gesamten Kosten decken. Je größer der Anteil von Patienten ist, den eine Kasse auf sich vereinigt, desto größer wird auch der potenzielle Verlust eines Leistungsanbieters sein, wenn er die entsprechende Ausschreibung nicht gewinnt bzw. wenn die Verhandlungen mit der Kasse scheitern. Marktmächtige Kassen sind daher selbst über das Instrument von Ausschreibungen in der Lage, Verträge bzw. Konditionen durchzusetzen, die in einem normalen Wettbewerb mit ausreichend Substitutionsmöglichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer nicht erreichbar wären.¹³³ Obgleich dies kurzfristig dazu führt, dass die Kosten

¹³² Wie im Fall der Fusionskontrolle im stationären Sektor bietet sich für die Feststellung von Marktmacht eine regionale Marktabgrenzung an. Marktmacht wäre dann nicht an die absolute Größe einer Kasse, sondern an regionale Gegebenheiten und Marktanteile gebunden.

¹³³ Im Fusionsfall von Aetna und Prudential, zwei US amerikanischen Krankenversicherungen, wurde argumentiert, dass die Kosten, die einem Arzt beim Wegfall von einer Gruppe von Patienten entstehen, überproportional mit der Größe der Gruppe steigen würden. Siehe hierzu Schwartz (1999).

auf Seiten der (marktmächtigen) Kasse sinken, stehen diesem Vorteil aus gesellschaftlicher Sicht mindestens zwei negative Effekte gegenüber: Erstens kann sich langfristig die Konzentration auf Seiten der Leistungserbringer nicht nur wegen des gestiegenen Preisdrucks erhöhen. Zunehmende Konzentrationen können auch dadurch erwartet werden, dass sie die Wettbewerbsintensität auf Seiten der Leistungserbringer verringern.¹³⁴ Zweitens müssen mögliche Wettbewerbsverzerrungen gegenüber anderen Kassen berücksichtigt werden. Letztere ergeben sich offensichtlich dann, wenn marktmächtige Kassen Selektivverträge mit Ausschließlichkeitsklauseln versehen, die den Leistungsanbietern den Abschluss gleichartiger Verträge mit anderen Kassen vertraglich untersagen. Ähnliche Wirkungen gehen von Leistungsanforderungen aus, die sich bei (beschränkten) Kapazitäten eines Leistungserbringers nicht auf die Gesamtheit seiner Patienten übertragen lassen.¹³⁵

Zusätzliche, indirekte bzw. langfristig wettbewerbsverzerrende Effekte können darauf beruhen, dass die Verträge, die von den Leistungsanbietern mit verschiedenen Kassen geschlossen werden, nicht getrennt voneinander betrachtet werden dürfen. Über den Wettbewerb zwischen den Kassen sind diese Verträge vielmehr interdependent und können vielschichtige Wechselwirkungen haben. Ist eine marktmächtige Kasse in der Lage, vergleichsweise gute Konditionen gegenüber den Leistungserbringern durchsetzen, kann sie die entsprechenden Kosteneinsparungen an ihre Versicherten weitergeben und damit ihre Wettbewerbsposition gegenüber konkurrierenden Kassen verbessern. Gleiches gilt, wenn Leistungsanbieter besonders günstige Angebote an marktmächtige Kassen durch überhöhte Angebote an kleinere Kassen kompensieren müssen. In diesem Fall entstehen konkurrierenden Kassen absolute Kostennachteile, die ihre Wettbewerbsposition wiederum schwächen und die Konzentration im Bereich der Kassen weiter erhöhen können.¹³⁶

¹³⁴ Bei Ausschreibungen und Auktionen gilt in aller Regel, dass die erwarteten Gewinne der Bieter (hier Leistungsanbieter) mit der Zahl der Bieter sinken. Die hierbei geltenden Überlegungen können auch auf Verhandlungen übertragen werden. Ausschreibungen bzw. Auktionen werden ausführlich in Krishna (2002) analysiert. Für eine verhandlungstheoretischen Ansatz siehe de Fontenay & Gans (2003) sowie Stole & Zwiebel (1996).

¹³⁵ Dies könnte bei Vereinbarungen über schnelle Terminvereinbarungen oder maximale Wartezeiten der Fall sein.

¹³⁶ Allgemeine, nicht auf den Gesundheitssektor bezogene Modelle zu diesen Fragestellungen werden in Inderst & Valletti (2008) sowie Inderst (2007) diskutiert. Dobson & Inderst (2007) liefern einen ausführlichen Überblick.

Wettbewerbsverzerrungen durch marktmächtige Leistungsanbieter

Betrachtet man die Seite der Leistungsanbieter, lassen sich die eben genannten Überlegungen nahezu spiegelbildlich anwenden. Die Interessen der Leistungsanbieter können dabei im Erzielen möglichst hoher Vergütungen, dem Erreichen möglichst hoher Patientenzahlen oder dem Angebot einer qualitativ hochwertigen Versorgung gesehen werden. Diese Ziele sind durchaus komplementär und wirken sich nicht nur auf die direkten Beziehungen zu den Kassen, sondern auch auf den Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern aus: Hohe Vergütungen pro Patient bzw. Behandlung erhöhen den Anreiz, Patienten- oder Behandlungszahlen zu steigern; das Angebot qualitativ hochwertiger Behandlungsmethoden verbessert die Wettbewerbsposition gegenüber anderen Leistungserbringern und kann daher wiederum zu höheren Patienten- oder Behandlungszahlen führen.

Vor diesem Hintergrund wird schnell deutlich, dass (regional) marktmächtige Leistungserbringer Selektivverträge in zweifacher Weise wettbewerbsverzerrend einsetzen können. Zum einen lassen sich gegenüber den Kassen Vergütungen durchzusetzen, die bei Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern nicht erreichbar wären. Zum anderen eröffnen Ausschließlichkeitsklauseln, die den Abschluss ähnlicher Verträge mit anderen Leistungserbringern untersagen, oder Vertragsbestandteile, mit denen mögliche Patientenzahlen festgelegt werden, immer auch die Möglichkeit, die Wettbewerbsposition anderer Leistungserbringer zu schwächen. Ausschlaggebend bei dem zuletzt genannten Punkt sind unter anderem die Kostenstrukturen der Leistungsanbieter. Je höher die Kosten sind, die unabhängig von den tatsächlichen Patienten- oder Behandlungszahlen anfallen, desto eher lassen sich Selektivverträge, mit denen eine Großzahl von Patienten an bestimmte Leistungserbringer gebunden werden, zur Verhinderung von Markteintritt und damit zur Verzerrung des Wettbewerbs verwenden.¹³⁷ Obgleich hierbei mögliche Effizienzgewinne aufgrund von Größenvorteilen zu berücksichtigen sind, haben (marktmächtige) Leistungserbringer immer auch einen strategischen Anreiz, die Zahl ihrer Patienten zu erhöhen, um so mögliche Konkurrenten vom Markt fernzuhalten. Wie im Fall der Kassen gilt daher auch bei den Leistungserbringern, dass die potentielle Ausnutzung marktmächtiger Positionen in der Tendenz zu stärker konzentrierten Märkten führt.

¹³⁷ Kosten, die einmalig anfallen und damit nach erfolgtem Markteintritt oder nach einer erfolgten Investition versunken sind, haben die gleichen Effekte. Je höher diese Kosten sind, desto größer sind die optimalen Betriebsgrößen und desto eher lässt sich Markteintritt über die Bindung von Patienten an bestimmte Leistungserbringer verhindern.

Die eben genannten Argumente gelten schließlich nicht nur für einzelne Leistungsanbieter, sondern auch für deren Vereinigungen. Schließen sich regionale Leistungsanbieter zusammen, können sich vor allem mit Blick auf die Höhe der Vergütungen monopolistische Verhandlungsspielräume gegenüber den Kassen ergeben. Markteintrittsverhinderungen und entsprechende Wettbewerbsverzerrungen gegenüber Außenseitern, d. h. Leistungsanbietern, die nicht an der Vereinigung beteiligt sind, lassen sich immer dann durchsetzen, wenn sich die Vereinigungen glaubwürdig darauf binden können, keine neuen Mitglieder aufzunehmen.

Wie sich Selektivverträge letztlich auf die Effizienz der Märkte und die Marktstrukturen auswirken werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilt werden. Den möglichen Effizienzgewinnen durch neue Versorgungs- und Vertragsformen auf der einen Seite stehen auf der anderen Seite eher mittel- und langfristige Rückwirkungen auf die Marktstrukturen und potenziell zunehmende Konzentrationen sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Kassen gegenüber. Zu beachten ist dabei allerdings, dass diese Effekte erst dann zum Tragen kommen, wenn (marktmächtige) Kassen tatsächlich in der Lage sind, einen Großteil ihrer Patienten über Wahltarife an bestimmte Leistungsanbieter zu binden. Solange dies nicht der Fall ist, können Leistungsanbieter durch Selektivverträge nicht schlechter als im Rahmen der kollektiv vereinbarten Regelungen gestellt werden. Das Ausbeutungs- bzw. Missbrauchspotential marktmächtiger Kassen und die dadurch induzierten Konzentrationstendenzen scheinen damit zunächst eher beschränkt zu sein. Gleiches gilt für die Seite der Leistungserbringer. Wird die Mehrzahl der Patienten im Rahmen kollektivvertraglicher Vereinbarungen versorgt, sind Wettbewerbsverzerrungen durch marktmächtige Leistungserbringer kaum zu erwarten. Dies kann nicht nur darauf zurückgeführt werden, dass Selektivverträge in diesem Fall für einzelne Leistungserbringer eine relativ geringe Bedeutung haben. Vor allem gilt auch, dass Selektivverträge aus Sicht der Kassen lediglich eine Option darstellen, die sie nur nutzen werden, wenn sie aus ihrer Sicht besser als die kollektivvertraglichen Regelungen abschneiden. Der Verhandlungsmacht selbst marktmächtiger Leistungserbringer sind damit relativ enge Grenzen gesetzt.

Der stationäre Sektor

Mit den Neuregelungen wird der Wettbewerb im vollstationären Bereich direkt nicht berührt. Die beschriebenen, kollektiven Regelungen bleiben erhalten. Sehr wohl aber haben die Neuregelungen Auswirkungen auf den Wettbewerb im niedergelassenen Ärztebereich, wenn Krankenhäuser ein MVZ gegründet haben. Hierbei gilt, dass über MVZ eine neue Anbieterform auf dem niedergelassenen Ärztebereich zugelassen ist. Vom Grundsatz her gelten hinsichtlich der neuen selektiven Vertragsmöglichkeiten die

gleichen, bereits erläuterten Einschätzungen wie in anderen Bereichen des niedergelassenen Ärztebereiches.

Die Tatsache, dass Kliniken – womöglich mit einer guten Marktposition auf den Märkten für vollstationäre Dienstleistungen – über die Gründung eines MVZ eine vertikale Integration in den niedergelassenen Sektor vollziehen können, ist aus wettbewerblicher Sicht immer dann unproblematisch, wenn potentiell marktmächtige Kliniken nicht in der Lage sind, ihre Marktmacht aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich zu übertragen. Wettbewerbsvorteile müssen dann auf Verbundvorteilen oder anderen Effizienzvorteilen beruhen, deren Ausnutzung ja gerade angestrebt wird.

Mögliche Wettbewerbsverzerrungen können sich nur ergeben, wenn marktmächtige Krankenhäuser und ihre angegliederten MVZ beispielsweise in der Lage sind, über die Ausgestaltung ihrer Selektivverträge den Marktzutritt unabhängiger MVZ zu behindern. Neben einer gewissen Marktmacht gegenüber den Kassen würde dies voraussetzen, dass Vereinbarungen für den stationären und ambulanten Bereich miteinander verbunden werden. Wettbewerbspolitische Eingriffe sollten dann vor allem darauf zielen, Kopplungen verschiedener Verträge zu verhindern oder sogar einen Kontrahierungszwang gegenüber unabhängigen MVZ durchzusetzen.

Der Pharmasektor

Mit dem neuen Rechtsrahmen wird der vormals vorwiegend kollektivvertraglich organisierte Pharmamarkt zunehmend durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen (und deren Verbänden) und Pharmaunternehmen ergänzt bzw. ersetzt. Von zentraler Bedeutung sind hierbei Pharmarabattverträge (nach § 130a Abs. 8 SGB V). Diese Entwicklung hat bereits zu Preissenkungen und entsprechenden Marktanteilsveränderungen geführt (vgl. Kapitel 2.2.2). Der zunehmende Wettbewerbsdruck spiegelt sich auch auf dem Versicherungsmarkt wider, wo Krankenkassen Zuzahlungsbefreiungen bei Rabattverträgen oder Wahltarife anbieten.

Der neue Rechtsrahmen im Gesundheitswesen sieht vor, dass die vergaberrechtlichen Vorschriften des GWB für die Vertragsvergabe an Pharmaunternehmen Anwendung finden. Zusätzlich gelten die Vorschriften des zweiten Abschnitts des GWB zur Missbrauchsaufsicht gemäß §§ 19-21 GWB. In der Beschlussempfehlung und im dazugehörigen Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 15.10.2008 wird die Abgrenzung zwischen beiden Bereichen der Wettbewerbsaufsicht von der Ausgestaltung des konkreten Einzelvertrags abhängig gemacht, wobei die Frage beantwortet werden muss, ob es sich bei den jeweiligen Verträgen um öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB handelt. In der Beschlussempfehlung wird hierzu ausgeführt (S. 65): „Im Wesentlichen hängt die Beantwortung [der Frage, ob eine Ausschreibungspflicht besteht, Anm. d. A.] davon ab, ob und in wie-

weit die Krankenkassen auf die Auswahlentscheidung, welcher Vertragsgegenstand im einzelnen Versorgungsfall abgegeben wird, Einfluss nehmen.“ Wird also die Wahlfreiheit eines Versicherten im Zuge des Abschlusses eines Einzelvertrags zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer durch verpflichtende Bestimmungen des SGB V eingeschränkt, wobei ein Leistungserbringer eine exklusive Versorgungsberechtigung erlangt, so kann von einer Ausschreibungspflicht ausgegangen werden. Entsprechend wird in der Beschlussempfehlung ausgeführt, dass „Arzneimittelrabattverträge über Generika wegen der Verpflichtung der Apotheken in § 129 Abs. 1 Satz 3, die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das ein Rabattvertrag vorgesehen ist,...“ als ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge eingestuft werden können.¹³⁸

Hingegen ist nicht von einer Ausschreibungspflicht auszugehen, wenn – wie bei der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V – die Wahlfreiheit der Versicherten über die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung erhalten bleibt.¹³⁹

Bei der nachfolgenden Analyse ist nun nach dem jeweiligen Einzelvertrag zu unterscheiden. Zunächst wird der Wettbewerb für Einzelverträge, die als öffentliche Aufträge anzusehen sind (also: qua SGB V zu einer exklusiven Versorgungsberechtigung eines Leistungserbringers führen) und damit den vergaberechtlichen Bestimmungen des GWB unterworfen sind, betrachtet. Anschließend stehen Einzelvertragsbeziehungen zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen, die nicht ausschreibungspflichtig und somit den §§ 19-21 GWB unterworfen sind, im Fokus.

Geltung des Vergaberechts

Das vergaberechtlich strukturierte Ausschreibungsverfahren von Pharmaverträgen zielt auf eine wettbewerbliche Beschaffungssteuerung bei öffentlichen Aufträgen ab. Vermittels der Ausschreibungsvorschriften des Vergaberechts (Wettbewerb, Transparenz, Diskriminierungsverbot) sollen die Anbieter möglichst gleichberechtigt um die Aufträge konkurrieren können, so dass das wirtschaftlichste Angebot den Zuschlag erhält. Aufträge sollen zudem in Lose gestückelt werden, um eine Diskriminierung kleinerer An-

¹³⁸ Siehe hierzu auch Bungenberg (2008), der feststellt, dass Pharma-Rabattverträge grundsätzlich der Ausschreibungspflicht unterliegen. Die entsprechende Argumentation gilt auch für Hilfsmittel, die nach § 127 Abs. 1 SGB V grundsätzlich von den jeweiligen Ausschreibungsgewinnern zu beziehen sind. Zum Hilfsmittelbereich vgl. Kapitel 2.2.2.

¹³⁹ Entsprechendes gilt für den Fall, dass der Leistungserbringer ein faktisches Recht auf den Abschluss eines Vertrags hat.

bieter auszuschließen. Zusätzlich gilt noch eine Mittelstandsklausel, so dass kleinere, lokale Anbieter besonders berücksichtigt werden sollen. Rein theoretisch fördert die Ausschreibungspflicht den Wettbewerb zwischen Pharmaunternehmen, so dass eine effizientere Arzneimittelversorgung erreicht werden kann. In Anwendung der Erkenntnisse der modernen Auktionstheorie können wohl strukturierte Vergabeverfahren insbesondere angebotsseitiger Marktmacht entgegenwirken. So können Ausschreibungen als Gegenstrategie zur Destabilisierung angebotsseitiger Kartellabsprachen und anderer, den Pharmawettbewerb schädigenden Verhaltensweisen, etwa in Form von Verdrängungs- oder Ausschlussstrategien, eingesetzt werden.¹⁴⁰

Insbesondere Krankenkassen mit hohen Marktanteilen bei den Versicherten können erhebliche Nachfragemacht unter den vergaberechtlichen Vorschriften entfalten.¹⁴¹ Die nachfrageseitige Marktbeherrschung wird allgemein von der deutschen Wettbewerbsaufsicht spiegelbildlich zur angebotsseitigen Marktbeherrschung interpretiert¹⁴², so dass sich Preise einstellen, die geringer sind als bei Vorliegen eines effektiven Wettbewerbs. Die Nachfragemacht eines Käufers oder einer Gruppe von Käufern nimmt typischerweise mit der Nachfragekonzentration (gemessen in Marktanteilen) zu. Ein zusätzliches Maß für die Einschätzung von Nachfragemacht liefert das Konzept der „Abhängigkeit“, wobei unterstellt wird, dass die Abhängigkeit eines Anbieters vom Käufer (oder einer Gruppe von Käufern) mit abnehmender Umstellungsflexibilität sowie geringeren Ausweichmöglichkeiten zunimmt.

Die Möglichkeit zum (ausschreibungspflichtigen) Einzelvertrag (in Form von Rabatt- und/oder Sortimentsverträgen) erlaubt es vor allem größeren Kassen, Nachfragemacht auch in komplexeren Vertragsverhältnissen gegenüber marktmächtigen Pharmaunternehmen auszuüben. Nachfragemacht in diesem Sinne ist eine Form der Gegenmacht, die durchaus wettbewerbsfördernde Effekte entfalten kann. Insbesondere kann Gegenmacht dazu beitragen, wettbewerbswidrigem Verhalten von großen Pharmaunternehmen bzw. Koalitionen von Pharmaunternehmen entgegenzuwirken. Gegenmacht großer Kassen kann daher nicht nur zu günstigeren Beschaffungspreisen führen, sondern auch anderen wettbewerbswidrigen Aktivitäten großer

¹⁴⁰ Siehe hierzu allerdings kritisch die Ausführungen von Klemperer (2005), der in seinen Überlegungen zum Schluss kommt, dass sich auf *bidding markets* die gleichen Wettbewerbsprobleme wie auf herkömmlichen Märkten einstellen können.

¹⁴¹ Dies ist analog zum Szenario II in Gliederungspunkt 5.3.2 zu sehen.

¹⁴² Vgl. hierzu Bechthold 2006: S. 100 f.

Pharmaunternehmen – wie z.B. Behinderung von Innovationen oder Beeinflussung der Verschreibungspraxis – entgegenwirken.¹⁴³

In der Praxis können sich erhebliche Umsetzungsprobleme bei der Anwendung der Ausschreibungspflicht auf Pharma-Rabattverträge offenbaren, weil die Aufträge typischerweise recht komplex sind und sich nicht ohne weiteres an die engen vergaberechtlichen Vorschriften anpassen lassen.¹⁴⁴ Die Probleme können sich unter der Annahme ergeben, dass sich die Kassen im Rahmen von Rabattverträgen wie ein im Wettbewerb stehendes Unternehmen („unternehmerisch“) verhalten.¹⁴⁵ Zur Komplexität der Vertragsbeziehung zwischen Pharmaunternehmen und Kassen trägt vor allem die Tatsache bei, dass es sich um ein längerfristiges Leistungsverhältnis handelt, welches sich vorab nicht vollständig (und damit vergaberechtlich „wasserdicht“) spezifizieren lässt. So finden Nachverhandlungen in freivertraglichen Lieferbeziehungen regelmäßig statt, um eine optimale Anpassung an veränderte Rahmendaten zu gewährleisten. Solchen Nachverhandlungen ist jedoch unter den vergaberechtlichen Vorschriften ein enger Rahmen gesetzt, weil nachträgliche Änderungen des Auftrags eine Neuausschreibung vorsehen, wenn die hiermit verbundenen Leistungsanpassungen nicht vorab spezifiziert worden sind. Unter den vergaberechtlichen Vorschriften werden daher wünschenswerte Vertragsanpassungen mit zusätzlichen Kosten belegt. Das Problem einer nachprüfungsfesten Auftragsvergabe ergibt sich bereits aus den vergaberechtlich verlangten Mengenangaben. Da die nachgefragten Mengen an Arzneimitteln jedoch nicht unmittelbar von der ausschreibenden Kasse kontrolliert werden, sind exakte Mengenangaben nicht möglich. Zudem handelt es sich bei Pharma-Rabattverträgen auch um eine Lieferleistung, wobei eine bestimmte Lieferqualität (insbesondere hinsichtlich Verfügbarkeit des Präparats) eingehalten werden muss.

Mit zunehmender Komplexität von Pharma-Rabattverträgen ist daher mit Effizienzverlusten durch die Ausschreibungspflicht zu rechnen, wenn die

¹⁴³ Diese Überlegungen basieren auf Arbeiten von John K. Galbraith, der das Konzept der *countervailing power* entwickelt hat, wobei sein Argument ist, dass *Gegenmacht* analog wie eine Wettbewerbsaufsicht die Macht großer Anbieter effektiv kontrollieren könne. Ähnliche Überlegungen liegen der deutschen Arbeitsmarktordnung zu Grunde, wobei argumentiert wird, dass unternehmerische Nachfragemacht auf dem Arbeitsmarkt am besten durch die Gegenmacht einer starken Gewerkschaft kontrolliert wird.

¹⁴⁴ Vgl. hierzu insbesondere Mühlhausen & Kimmel (2008: S. 32 f.). Zu weiteren Bereichen und Beispielen im Gesundheitswesen, wo Probleme mit dem Vergaberecht auftauchen können, vgl. Meyer (2008).

¹⁴⁵ Dies würde dem in Kapitel 5.3.2 aufgezeigten Szenario I entsprechen.

Vertragsverhältnisse zwischen Pharmaunternehmen und Kassen unbedingt in ein möglichst transparentes, vorab eindeutig definiertes „Vergabe-Korsett“ geschnürt werden müssen.

Die vergaberechtlichen Vorschriften haben auch einen beschränkenden Einfluss auf den Abschluss von Sortimentsverträgen, wobei eine Kasse mit einem Pharmaunternehmen über Preisnachlässe für ein Bündel von Präparaten verhandelt. Die vergaberechtliche Forderung zur Unterteilung von Aufträgen in Lose sowie die Mittelstandsklausel können eine solche Praxis erheblich einschränken. Nicht nur die Ausnutzung von Größenvorteilen, sondern auch die Realisierung von Synergien bei der Bereitstellung von pharmazeutischen Produkten kann damit unmittelbar beeinträchtigt werden.

Das Vergaberecht verlangt eine offene Ausschreibung, sobald Wettbewerb als möglich erachtet wird, also Präparate/Wirkstoffe unterschiedlicher Hersteller in einer hinreichend engen Austauschbeziehung stehen. Eine solche Austauschbarkeit kann bereits dann festgestellt werden, wenn (durch den Gemeinsamen Bundesausschuss) verschiedene Wirkstoffe in eine Festbetragsgruppe eingeordnet werden. In diesem Fall kann selbst ein patentierter Wirkstoff als hinreichend austauschbar klassifiziert werden (Analogpräparat), so dass nach vergaberechtlichen Kriterien kein Alleinstellungsmerkmal als Voraussetzung für eine direkte Vergabe vorliegt und eine offene Ausschreibung durchgeführt werden muss. Auf europäischer Ebene ergibt sich darüber hinaus ein Zwang zur öffentlichen Ausschreibung bei Vorliegen der Möglichkeit von Parallelimporten; eine Möglichkeit, die selbst bei „wasserdichtem“ Patentschutz vorliegt.

Die Unterstellung von Pharma-Rabattverträgen unter die Vergabevorschriften (auf deutscher und europäischer Ebene) läuft damit Gefahr, die Leistungen der Pharmaunternehmen künstlich zu vereinheitlichen, was mit einem Verlust an Arzneimittelvielfalt und -qualität aus Sicht der Versicherten verbunden ist.¹⁴⁶ Zudem kann die vergaberechtlich geforderte offene Ausschreibung den Patentschutz eines Wirkstoffes aushebeln, weil das Vergaberecht von Regeln hinsichtlich Wirkstoffähnlichkeit Gebrauch macht und unter Umständen auch Parallelimporte berücksichtigt werden müssen. Diese Überlegungen legen den Schluss nahe, dass mit der Verpflichtung zur

¹⁴⁶ Es ist zwar richtig, dass die künstliche Vereinheitlichung originär dem Festbetragsystem zuzuschreiben ist. Allerdings sorgen gerade die vergaberechtlichen Vorschriften für eine Ausweitung dieser Vereinheitlichung auf die individualvertraglichen Transaktionen. Würde das Vergaberecht hier nicht gelten, dann müsste es auch nicht zwangsläufig zu einer Übernahme dieser Vereinheitlichungen kommen.

offenen Ausschreibung von Rabattverträgen folgende direkte Effekte zu erwarten sind:

- Kurzfristig ist mit Kosteneinsparungen durch offene Ausschreibungsverfahren zu rechnen.¹⁴⁷ Durch ein solches Verfahren werden die Pharmaanbieter bewusst einem scharfen Vergleichs- und Preiswettbewerb ausgesetzt. Die Möglichkeit eines Anbieters, sich von anderen Anbietern durch besondere Qualitäts- und Leistungskomponenten abzusetzen, sind hierbei nur begrenzt.
- Die Nachfragemacht großer Kassen kann auch Gegenmacht erzeugen, durch die wettbewerbswidriges Verhalten von großen Pharmaunternehmen bzw. von Koalitionen von Pharmaunternehmen verhindert bzw. eingedämmt wird. Gegenmacht großer Kassen kann daher nicht nur zu günstigeren Beschaffungspreisen führen, sondern auch anderen wettbewerbswidrigen Aktivitäten großer Pharmaunternehmen – wie z.B. Behinderung von Innovationen oder Beeinflussung der Verschreibungspraxis – entgegenwirken.
- Große Kassen (und deren Verbände) können beträchtliche Nachfragemacht im Rahmen offener Ausschreibungsverfahren entwickeln. Nachfragemacht führt zunächst zu Einsparungen bei den pharmazeutischen Beschaffungskosten. Eine direkte Wirkung ist, dass nachfragemächtige Kassen damit Kostenvorteile gegenüber weniger nachfragemächtigen Kassen erlangen können, was deren relative Marktstellung sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch auf den Märkten für die direkte Leistungserbringung stärkt. Nachfragemacht auf Kassenseite birgt die Gefahr, den Wettbewerb auf Seiten der Pharmahersteller auf zwei Ebenen zu schädigen: erstens aufgrund einer allgemeinen Nachfragereduktion, um Beschaffungspreise zu senken, zweitens aufgrund einer ausschreibungsbedingten Vereinheitlichung der Produktvielfalt.¹⁴⁸ Weitere Ineffizienzen können sich durch die Losgrößenwahl ergeben. Einerseits können die Losgrößen aufgrund

¹⁴⁷ Der Vergleichsmaßstab ist hierbei das existierende kollektive Vertragssystem.

¹⁴⁸ Die ökonomische Argumentation für die Reduktion von Produktvielfalt durch gebündelte Nachfragemacht basiert auf dem „Prinzip der Austauschbarkeit“ des Angebots als Hauptquelle für Beschaffungspreissenkungen. Aus dem Anreiz nachfragemächtiger Kassen, die Austauschbarkeit von Pharmaanbietern zu erhöhen, folgen unmittelbar Anreize hinsichtlich einer Verringerung der Produktvielfalt auf Seiten der Pharmaunternehmen (siehe hierzu auch Inderst & Shaffer (2007)). Nachfragemacht reduziert auch die allgemeinen Innovationsanreize, wenn sich die hierdurch die erwarteten Gewinne im Erfolgsfall verringern (siehe hierzu Inderst & Wey (2008)).

von restriktiven Teilungszwängen zu klein sein, um Größenvorteile auszunutzen zu können. Andererseits können die Losgrößen von marktmächtigen Kassen strategisch zu groß gewählt werden, um so große Lieferanten an sich zu binden und damit konkurrierende Anbieter und Kassen vom Markt zu verdrängen. Im Segment der innovativen Arzneimittel kann Nachfragemacht negativ auf die Innovationsfähigkeit der Hersteller wirken, wenn die Anbieter in einen großteils standardisierten Unterbietungswettbewerb getrieben werden. Diese Feststellung gilt umso mehr, je eher vergaberechtliche Vorschriften geeignet sind, bestehende Schutzvorschriften (insbesondere den Patentschutz) faktisch auszuhebeln.

- Ausschreibungsmärkte zeichnen sich durch einen Wettbewerb um den Markt aus, wobei der Gewinner einer Ausschreibung ein exklusives Belieferungsrecht erhält. Werden zusätzlich die Größen einzelner Kassen und deren Verbände berücksichtigt, so kann die Ausschreibungspraxis eine Konzentration auf Seiten der Pharmaanbieter bewirken, wobei kleinere Anbieter nicht mehr wirtschaftlich konkurrieren können. Dem gegenüber stehen allerdings vergaberechtliche Vorschriften hinsichtlich der Aufspaltung von Aufträgen in Lose, so dass dieser Effekt nur sehr gering sein mag.¹⁴⁹
- Die Ausschreibungsvorschriften engen die Vertragsfreiheit erheblich ein, was mit Effizienzverlusten einhergeht. Standardisierte Ausschreibungen verringern die Produktvielfalt und die Komplexität von Leistungsbeziehungen unmittelbar. Die Auflage zur Ausschreibung in Losen kann die Ausnutzung von Größenvorteilen und Synergien beeinträchtigen.

Für die Einschätzung der Rückwirkungen der vergaberechtlichen Strukturierung von Einzelverträgen auf Pharmamärkte ergeben sich nun zwei Szenarien, die von der Stärke der oben genannten Effekte abhängen. In Abhängigkeit von der Frage, ob ein effektiver Wettbewerb zwischen den Kassen besteht oder nicht, ergeben sich dann die folgenden Fälle:^{150,151}

¹⁴⁹ Zusätzlich gilt eine Mittelstandsklausel.

¹⁵⁰ Eine weitere Möglichkeit wäre, dass die vergaberechtlichen Vorgaben die vertraglichen Freiheitsspielräume der Akteure über Gebühr einschränken, so dass der Abschluss von Pharma-Rabattverträgen eine nur untergeordnete Rolle spielen wird. In diesem Fall bleibt das herkömmliche kollektive Vertragssystem weitestgehend erhalten. Mögliche Kosteneinsparungen durch den neuen Rechtsrahmen bezüglich des Pharmamarktes halten sich dann natürlich in engen Grenzen.

1. Wird ein nur geringer Wettbewerb der Kassen auf dem Markt für Versicherte unterstellt, dann ist abzusehen, dass die Kassen den vergaberechtlichen Rahmen gemeinsam zur Ausübung von Nachfragemacht ausnutzen, wobei die Kassen ihre Ausschreibungen zur Optimierung ihrer Beschaffungskonditionen koordinieren werden.¹⁵² In diesem Fall ist mit Kosteneinsparungen bei der Beschaffung auf dem Pharmamarkt zu rechnen. Längerfristig kann vermutet werden, dass die wettbewerbsrechtlich unkontrollierte (und nur vergaberechtlich strukturierte) Ausübung kollektiver Nachfragemacht den Wettbewerb auf dem Pharmamarkt schwächt. Die Ausübung von Nachfragemacht evoziert auf Seiten der Pharmaunternehmen Gegenstrategien, um die Nachfragemacht der Kassen zu neutralisieren bzw. um ihrerseits Monopolmacht zu erlangen. Hierzu gehören insbesondere Zusammenschlüsse und Preisabsprachen bei Ausschreibungen. Eine hohe Transparenz (und Standardisierung) der Ausschreibungsverfahren ermöglicht es den Pharmaunternehmen, ihr Bietverhalten besser zu überwachen und zu koordinieren, was Absprachen erheblich erleichtert und dann zu erheblichen Kostenerhöhungen führt.¹⁵³ Zusammengefasst führt dieses Szenario erst zu einer Ausübung von Nachfragemacht und dann zu einer entsprechenden Konzentration und Ausschaltung des Wettbewerbs auf der Angebotsseite. Aus Sicht

¹⁵¹ Wir unterstellen, dass das Wettbewerbsverhalten der Kassen über alle Märkte hinweg gleich ist.

¹⁵² Ein Fall des Entstehens einer kooperativen Nachfragestruktur auf dem Pharmamarkt ist vom Bundeskartellamt (BKartA 2006) dargestellt worden. Demnach würden erst die AOKen ihre Nachfrage bündeln, was dann eine entsprechende Bündelung der Nachfrage anderer Kassen zur Folge hätte, um ähnliche Rabatte aushandeln zu können. Das Ergebnis wäre ein enges Nachfrageoligopol, dem zu unterstellen wäre, dass es den gemeinsamen Einkauf zum eigenen Vorteil koordiniert. Eine einfachere Überlegung ist, dass die Kassen einfach von der Möglichkeit zu horizontalen Absprachen beim Einkauf Gebrauch machen, was bei Abwesenheit des Kartellverbots (§ 1 GWB) auch rechtlich möglich ist.

¹⁵³ Diese Feststellung ist allerdings stark einzuschränken, wenn die Konzentration auf der Angebotsseite gering ist. Auch finden die Kartellgesetze auf Seiten der Pharmaunternehmen Anwendung, was eine weitere Einschränkung für eine angebotsseitige Ausschaltung des Wettbewerbs auf Ausschreibungsmärkten ist. Allerdings wird in der kartellrechtlichen Praxis typischerweise eine weniger restriktive Politik angewendet, wenn die Nachfrageseite über Nachfragemacht verfügt und zudem die Nachfrage in Form eines Bietermarktes strukturiert ist. Vgl. auch Klemperer (2005). Wenn allerdings – wie vom Bundeskartellamt formuliert (siehe BKartA 2006) – angenommen werden muss, dass § 69 SGB V auch die wettbewerbliche Kontrolle der Pharmaunternehmen definiert, dann ist von einer erheblich rasanteren Entwicklung von Gegenstrategien der Pharmaunternehmen bis hin zu vollständiger Kartellierung zu rechnen.

der Versicherten ist dieses Szenario wenig attraktiv: Die zumindest kurzfristig realisierbaren Kosteneinsparungen bei der Beschaffung auf dem Pharmamarkt werden nur unzureichend an den Versicherten weitergeleitet. Einschränkungen der Medikamentenvielfalt und suboptimale Innovationsanreize verschlechtern längerfristig die Vielfalt und Qualität der pharmazeutischen Versorgung.¹⁵⁴

2. Kann unterstellt werden, dass Kassen in einem intensiven Wettbewerb um Versicherte stehen und nicht ihre Beschaffungsstrategien koordinieren, dann sind erhebliche Effizienz- und Leistungsverbesserungen durch die Möglichkeit zum Individualvertrag zu erwarten.¹⁵⁵ Zunächst schränkt Wettbewerb die Möglichkeiten zur Ausübung monopsonistischer Nachfragemacht erheblich ein, so dass auch die hiermit beschriebenen negativen Effekte nicht zu erwarten sind. Kassen haben nun vielmehr erhebliche Anreize, die Versicherten besser zu informieren und optimal mit pharmazeutischen Produkten zu versorgen. Die Kassen sind in diesem Umfeld bemüht, Beschaffungskosten einzusparen, um damit Wettbewerbsvorteile auf dem Markt der direkten Leistungserbringung sowie auf dem Versichertenmarkt zu erlangen. Entsprechend haben die Kassen keine Anreize, die Arzneimittelvielfalt und -qualität künstlich einzuschränken, um nur kurzfristig ihre Beschaffungskosten zu senken. Vergabeverfahren werden dann vornehmlich zur Erhöhung der Kosten- und Leistungseffizienz genutzt. Diese positive Einschätzung muss allerdings erheblich eingeschränkt werden, wenn man die Möglichkeit zum Verdrängungswettbewerb und zur Marktabschottung berücksichtigt. Diese sind realistisch, weil erstens Kassen auf Pharma-Beschaffungsmärkten von Größenvorteilen profitieren und erhebliche Markteintrittsbarrieren auf dem Markt für Krankenversicherungen existieren. Große Kassen können so Freiräume entweder zum

¹⁵⁴ Diese Einschätzung spiegelt im Wesentlichen die Debatte über die Effizienzwirkungen von gebündelter Nachfragemacht wider. Diese Debatte begann in der 50er Jahren mit der These von John K. Galbraith das Countervailing Power angebotsseitige Marktmacht neutralisieren kann (American Capitalism: The Concept of Countervailing Power, 1952). Schon G. Stigler hat seinerzeit argumentiert, dass die Ausübung von Nachfragemacht alleine nicht ausreicht, um bessere Marktergebnisse zu garantieren. Vielmehr ist hierfür Wettbewerb zwischen Nachfragern notwendige Voraussetzung. Siehe hierzu auch Inderst & Wey (2008).

¹⁵⁵ Die Ausführungen dieses Abschnitts gelten auch größtenteils für Individualverträge, die nicht den vergaberechtlichen Vorschriften unterworfen sind. In diesem Fall kommen aber noch zusätzlich die GWB-Vorschriften zur Missbrauchsaufsicht zum Tragen, die wir weiter unten behandeln.

Verdrängungswettbewerb oder zur Marktabstottung nutzen. Große Kassen erhalten in diesem Szenario durch die wettbewerblichen Ausschreibungen höhere Rabatte als ihre kleineren Wettbewerber und können daher bei den Versicherten mit attraktiveren Konditionen werben. Es kann dann eine spiralartige Konzentrationsentwicklung stattfinden, wobei große Kassen ihre Versichertenbasis stetig ausweiten und entsprechend immer bessere Beschaffungskonditionen erhalten. Diese Entwicklung führt ähnlich wie im vorhergehenden Szenario zu einer Konzentration auf Seiten der Kassen und dann auch spiegelbildlich zu einer Angebotskonzentration. Ähnlich wie vorher kommt es kurzfristig zu erheblichen Kosteneinsparungen, die nun aber auch zunächst an die Versicherten weitergegeben werden. Längerfristig werden die monopolisierenden Wirkungen des Verdrängungswettbewerbs auf Seiten der Kassen und der Pharmahersteller zu ähnlich nachteiligen Wirkungen führen wie im vorhergehenden Szenario. Wenden die Kassen hingegen Abschottungsstrategien an, dann erlahmt der Wettbewerb um neue Kunden bzw. um neue Formen der Leistungserbringung, was ebenfalls die Wirkungen des vorhergehenden Szenarios nach sich zieht.

Die beiden Szenarien spiegeln die Tatsache wider, dass das Vergaberecht nicht dauerhaft einen effektiven Wettbewerb auf dem Pharmamarkt gewährleisten kann. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist dann zu erwarten, dass die Akteure ihre unter dem neuen Rechtsrahmen gewonnenen Freiheiten zur Ausschaltung des Wettbewerbs nutzen: entweder gemeinsam durch direkte Absprachen und Zusammenschlüsse oder – wenn die Parteien sich nicht auf eine Aufteilung des Kartellgewinns einigen können bzw. wollen – durch Formen des Verdrängungswettbewerbs bzw. durch Ausschlussstrategien.

Es ist zu erwarten, dass die vergaberechtlichen Einschränkungen auf dem Pharmamarkt die Akteure dazu bewegen, Mittel und Wege zu suchen, um die Vorteile einer freien Vertragsgestaltung ausnutzen zu können. Denkbar könnte etwa eine Kombination von komplexen Pharmaverträgen mit speziellen Wahlтарifen für Versicherte sein, wobei der Versicherte wählt, ob er sein Medikament auf dem herkömmlichen Vertriebsweg (also bei der Apotheke vor Ort) oder über eine kooperierende Versandapotheke bezieht. Zur Zeit ist zwar offen, ob und in welchem Ausmaß Verträge zwischen Kassen und Pharmaunternehmen möglich sein werden, die nicht als öffentliche Aufträge eingestuft werden. Dennoch schreibt § 69 SGB V eindeutig für solche Fälle die Geltung der Vorschriften §§ 19-21 GWB vor, die im Folgenden dargestellt werden sollen. Die Analyse der Wirkungen einer Missbrauchsaufsicht zeigt auch auf, inwiefern diese zum Erhalt eines bestehen-

den Wettbewerbs (siehe Szenario 2) zwischen Kassen auf dem Pharmamarkt beitragen kann.

Missbrauchsaufsicht

Die Anwendung der genannten Vorschriften zielt auf die Abwehr eines Nachfrager-Missbrauchs von Krankenkassen sowohl gegenüber den Pharmaunternehmen als auch gegenüber konkurrierenden Krankenkassen ab. In erster Linie richtet sich diese Vorschrift gegen eine Ausübung monopsonistischer Marktmacht, was vor allem dann zu erwarten ist, wenn sich Kassen zusammenschließen (etwa in einem Kassenzweig). Ein solcher Ausbeutungsmissbrauch besteht darin, gegenüber (abhängigen) Anbietern Preis- und Leistungsbedingungen durchzusetzen, die nicht den Preisen und Geschäftsbedingungen entsprechen, die sich bei einem funktionierenden Wettbewerb ergeben würden. Zusätzlich enthält § 20 GWB Tatbestände, die bereits vor dem Entstehen einer marktbeherrschenden Stellung einen effektiven Wettbewerb sicherstellen sollen. Zusätzlich enthält § 21 GWB das Boykottverbot, dessen Relevanz allerdings aufgrund des kollektiven Systems fraglich erscheint.

Diese Vorschriften schützen insbesondere den Wettbewerb auf der Anbieterseite vor ausufernder Nachfragemacht, so dass die oben beschriebenen möglichen negativen Auswirkungen einer rein vergaberechtlichen Kontrolle in dieser Hinsicht zu qualifizieren sind. Insbesondere erlaubt die Missbrauchskontrolle einen Schutz vor einer wettbewerbsschädigenden Ausübung von Nachfragemacht.¹⁵⁶ Auch den Möglichkeiten eines Verdrängungswettbewerbs zwischen Kassen wird durch das Behinderungsverbot ein Riegel vorgeschoben. Die Vorschriften können allerdings nicht das Entstehen einer marktbeherrschenden Stellung sowie den Abschluss wettbewerbsbeschränkender Absprachen unterbinden. Eine weitere Einschränkung der Wirksamkeit der Missbrauchsaufsicht ergibt sich unmittelbar aus der Möglichkeit, dass die Kassen jederzeit Absprachen treffen könnten (etwa zwecks Bildung eines Beschaffungskartells). In diesem Fall läge ein Kas senkartell vor, das nicht mit den Instrumenten der Missbrauchsaufsicht kontrolliert werden könnte.

Der neue Rechtsrahmen schafft keine wettbewerbliche Kontrolle für die Krankenkassen untereinander.¹⁵⁷ Tatsächlich sind die Krankenkassen in

¹⁵⁶ Die Wirksamkeit des Schutzes von Anbietern vor einem Ausbeutungsmissbrauch marktstarker Kassen wird allerdings vom Bundeskartellamt selber sehr kritisch eingeschätzt (siehe BKartA 2006).

¹⁵⁷ Ausgenommen von dieser Aussage ist einzig die Zusammenschlusskontrolle.

vielen Bereichen zur Zusammenarbeit nach dem SGB verpflichtet (etwa bei den Aufgaben des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen).¹⁵⁸

Durch die Unterstellung von Pharma-Rabattverträgen unter das Vergaberecht werden die vertraglichen Freiheiten der Akteure erheblich beschränkt, so dass Potentiale für Effizienz- und Leistungssteigerungen nicht vollständig genutzt werden können. Mit der vergaberechtlichen Aufsicht können Zusammenschlüsse und Absprachen zwischen Kassen zur Steigerung ihrer Nachfragemacht gegenüber Pharmaunternehmen nicht verhindert werden. Gleichzeitig können solche horizontalen Kooperationen im Einkauf analog zum herkömmlichen Kollektivvertragssystem zur Ausschaltung des Wettbewerbs um die Versicherten genutzt werden.

Besteht kein funktionierender Wettbewerb um die Versichertenbasis, so werden keine neuen Anreize gesetzt, um die Versicherten besser zu versorgen. Im Ergebnis führt dann eine vergaberechtlich strukturierte Nachfrage-machtausübung der Kassen zu weniger Vielfalt und Innovationen im Pharmasektor, aber durchaus zu niedrigeren Beschaffungskosten, die jedoch kaum oder gar nicht an den Versicherten weitergeleitet werden.

Die Gewährung von Vertragsfreiheit bei gleichzeitiger Missbrauchskontrolle kann die negativen Wirkungen von Nachfragemacht auf den Pharmasektor teilweise abmildern. Sie kann jedoch nicht helfen, den wirksamen Wettbewerb zwischen Kassen zu garantieren, der Voraussetzung für eine optimale Ausnutzung einer einzelvertraglichen Strukturierung der Beziehungen zwischen Kassen und Pharmaunternehmen ist.

5.4 Anwendung des Wettbewerbsrechts

5.4.1 Bisherige Erfahrungen mit dem GWB im Gesundheitswesen: Ein Überblick

Entsprechend des rechtlichen Rahmens hat es in den letzten Jahren Verfahren im Gesundheitssektor gegeben, bei denen das Bundeskartellamt die zur Verfügung stehenden Instrumente des GWB angewendet hat. Ob es in einem bestimmten Sektor des Gesundheitswesens entsprechende Verfahren gab, hängt erstens von den Anwendungsmöglichkeiten des GWB ab und zweitens von den marktlichen Gegebenheiten.

¹⁵⁸ Entsprechend handelt es sich bei der Festlegung von Festbeträgen (oder auch der Erstellung von Hilfsmittelverzeichnissen) um Absprachen zwischen Kassen, die den Wettbewerb sowohl zwischen Kassen als auch zwischen Pharmaunternehmen beschränken können.

Kartellverbot

Hinsichtlich des Kartellverbotes gemäß § 1 GWB ist nur ein Verfahren im Bereich Pharmagroßhandel vorzufinden.¹⁵⁹ In den weiteren Bereichen Krankenkassen, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind keine Kartellverfahren vom Bundeskartellamt durchgeführt worden. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Tatbestand, dass das Kartellverbot in den letzten drei genannten Sektoren keine Anwendung findet.

Im vorliegenden Kartellverfahren haben sich die vier größten, bundesweit agierenden Pharmagroßhändler über ihr Rabattverhalten gegenüber Dritten abgesprochen. Die Absprachen sind erfolgt, nachdem ein Konkurrent eine „Rabattschlacht“ initiiert hat, die zur Folge hatte, dass der Gesamtertrag der Branche zurückgegangen ist. Im Zuge der Absprache sollte die „Marktruhe“ im Pharmagroßhandel wieder hergestellt werden und die Marktaufteilung, gemessen an den Marktanteilen, in den Ursprungszustand versetzt werden.

Das Bundeskartellamt analysiert in diesem Verfahren detailliert, welche Umstände die Kartellierbarkeit beeinflusst bzw. das Kartell ermöglicht haben und welche Einflussfaktoren die Kartellfestigkeit begründen. Hierbei spielen insbesondere die Tatsachen eine Rolle, dass nur wenige große Anbieter mit relativ stabilen Marktanteilen auf dem Markt agieren, die darüber hinaus weitestgehend homogene Produkte anbieten und über die gleichen Wettbewerbsparameter, die neben der Häufigkeit und Zuverlässigkeit der Belieferung zentral den Parameter Rabatte beinhalten, verfügen, bei gleichzeitig bestehender Markttransparenz. Die Absprache ist im Übrigen beim Treffen des Branchenverbandes erfolgt. Zusammengefasst hat das Bundeskartellamt durch dieses Verfahren, an dessen Ende ein Verbot dieser Absprachen inklusive einer Strafzahlung stand, verhindert, dass überhöhte Gewinne bei den Händlern anfallen, die von den Abnehmern und letztendlich von den Versicherten zu tragen sind.¹⁶⁰

Im Vergleich dieses Kartellverfahrens mit den bisherigen Ausführungen zu den weiteren Sektoren, d. h. zu den Krankenkassen sowie den direkten Leistungsanbietern, ist zu erkennen, dass erstens Parallelitäten vorliegen. Die marktlichen Gegebenheiten hinsichtlich Homogenität der Produkte, Marktanteile, alternativen Wettbewerbsparametern usw. liegen auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens vor, auch wenn diese natürlich im Einzelfall zu prüfen sind. Daraus ergibt sich zweitens, dass die Gefahr von Absprachen besteht und diese insbesondere über die Verbände möglich

¹⁵⁹ Vgl. Tabelle 5.

¹⁶⁰ Allokative Ineffizienzen werden hierdurch abgebaut.

sind. Das bedeutet drittens, dass viele Tatbestände im Gesundheitsbereich unter das Kartellverbot fielen, wenn dieses angewendet würde. Viertens heißt dies aktuell, da das Kartellverbot nicht gilt und Absprachen erlaubt sind, dass insbesondere allokativen Ineffizienzen nicht abgebaut werden, sondern ganz im Gegenteil die Verteilung der Renten der Marktteilnehmer über Absprachen festgelegt werden können.¹⁶¹

Zusammenschlusskontrolle

Im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle ist zu erkennen, dass es bislang nur im niedergelassenen Ärztebereich keine Anwendung dieses Instrumentes gegeben hat, in den weiter aufgeführten Versorgungsbereichen jedoch sehr wohl.¹⁶² Die Beurteilung der Verfahren ist jedoch sehr unterschiedlich. Bei den vom Bundeskartellamt geprüften Zusammenschlussvorhaben im Krankenkassenbereich ist stets eine Freigabe erfolgt. Die Kartellbehörde hat also bislang keine marktbeherrschende Stellung bzw. keine Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung durch einen Krankenkassenzusammenschluss festgestellt. In den anderen beiden Bereichen (Krankenhäuser, Pharma) ist die gesamte Bandbreite der Möglichkeiten von Freigaben ohne Auflagen, über Freigaben mit Auflagen bis hin zur Untersagung zu erkennen.

Über alle Verfahren zusammengefasst, grenzt das Bundeskartellamt den Markt oder die betroffenen Märkte zunächst sachlich, räumlich und zeitlich ab. Die Marktabgrenzung ist im Einzelfall diskutiert worden.¹⁶³ Bei Krankenhäusern ist beispielsweise zunächst ein Markt für stationäre Dienstleistungen herangezogen worden. Mit dem Fall Universitätsklinikum Greifswald / Kreiskrankenhaus Wolgast im Jahre 2006 ist eine detaillierte Betrachtung der Leistungen nach Abteilungen und/oder nach der Qualität (regionale Versorgung vs. Spitzenmedizin) erfolgt. Im Ergebnis hat diese veränderte Abgrenzung die Einschätzung des Bundeskartellamtes zu diesem Fusionsvorhaben jedoch nicht maßgeblich beeinflusst.

¹⁶¹ Allokativen Ineffizienzen können technische Ineffizienzen nach sich ziehen.

¹⁶² Vgl. Tabelle 6. Die Nichtanwendung im niedergelassenen Ärztebereich dürfte mit der gegebenen Regulierung dieses Bereiches sowie den Marktgegebenheiten (Einpersonenernehmen) zu begründen sein. Dieser Sektor wird häufig jedoch bei Krankenhauszusammenschlüssen mit geprüft, und es werden die Auswirkungen einer Fusion im stationären Sektor auf den ambulanten Bereich abgeschätzt.

¹⁶³ Daneben stand insbesondere bei den Krankenhausfusionen häufig die Anwendbarkeit der Zusammenschlusskontrolle im Fokus. Bislang ist die Anwendbarkeit eindeutig zu bejahen.

In allen untersagten Fällen zeigt die Kartellbehörde detailliert die negativen Wirkungen des Zusammenschlussvorhabens auf. Die negativen Folgen können sich hierbei zentral in der kurzen Frist auf die Qualität oder die Auswahlmöglichkeiten, d. h. die Versorgung insgesamt, auswirken und in der langen Frist auch auf die Preise.¹⁶⁴ Die Kartellbehörde schützt über die Zusammenschlusskontrolle insofern effektiv den Wettbewerb und verhindert die negativen Wirkungen von marktbeherrschenden Stellungen für die Patienten, so dass letztendlich die Möglichkeit der effizienten Versorgung sichergestellt wird.

Überdies muss gesehen werden, dass es im Rahmen des Ministererlaubnisverfahrens möglich ist, eine Fusion zuzulassen, auch wenn das Bundeskartellamt den Zusammenschluss untersagt hat. Im Zentrum steht hier die Frage, ob im Einzelfall die gesamtwirtschaftlichen Vorteile des Zusammenschlusses die Wettbewerbsbeschränkungen aufwiegen oder ein überragendes Interesse der Allgemeinheit an dem Zusammenschluss besteht. Bislang ist eine solche Zustimmung durch den Minister im Gesundheitsbereich nur im Fall Universitätsklinikum Greifswald / Kreiskrankenhaus Wolgast erfolgt. In diesem Einzelfall ist das Ziel der Forschungsfreiheit höher gewichtet worden als die Wettbewerbseinschränkung.

Missbrauchskontrolle

Bislang liegen keine Verfahren im Rahmen der Missbrauchskontrolle im Gesundheitswesen vor.¹⁶⁵ Insofern gibt es mit diesem Instrument keine Erfahrungen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Verfahren lassen sich dennoch Rückschlüsse auf eine potenzielle Anwendung der Missbrauchskontrolle in der Zukunft ziehen, auch wenn dies immer im Einzelfall zu prüfen ist. Da im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle bislang keine marktbeherrschende Stellung oder die Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung im Versicherungsbereich festgestellt worden ist, ist zu vermuten, dass ein Missbrauchsverfahren bereits an der Hürde des fehlenden Nachweises einer marktbeherrschenden Stellung scheitern würde. Hinsichtlich der selektiven Verträge würde also beispielsweise kein Missbrauchstatbestand vorliegen, so lange wie die Kassen separat ausschreiben und insofern keine marktbeherrschende Stellung gegeben ist. Diese Einschätzung würde sich vermut-

¹⁶⁴ Die Vermutung ist, dass beispielsweise marktbeherrschende Krankenhäuser bei gegebenen Versorgungsauftrag höhere Preise bei den Kostenträgern durchsetzen können, da die Versicherungen mit den Kliniken kontrahieren müssen.

¹⁶⁵ Vgl. Tabelle 7.

lich ändern, wenn eine Ausschreibung von mehreren Kassen zusammen erfolgen würde.

Vergaberecht

Insbesondere in den letzten beiden Jahren hat es aufgrund der Gesetzesänderungen mehrere Vergaberechtsfälle gegeben.¹⁶⁶ Zentral stehen hier im Fokus Rabatt- und Rahmenverträge über andere Versorgungsleistungen. In den aufgeführten Verfahren gemäß der Neuregelungen durch die letzten beiden Reformen ist überwiegend noch kein letztendlicher Abschluss erzielt worden.¹⁶⁷ Eine abschließende Bewertung ist daher nicht möglich. Ein Abschluss der Verfahren ist in diesem Jahr zu erwarten, da der Gesetzgeber mit der letzten Reform die Zuständigkeiten hinsichtlich der Beschwerdegerichte geregelt hat.¹⁶⁸

In den aufgeführten Verfahren zu den Rabattverträgen wird jedoch ein potenzielles wettbewerbsökonomisches Problem deutlich. Die Vergaberechtskammer untersagt in allen Fällen der ausschreibenden Partei, gemäß dem vorliegenden wirkstoffbezogenen Rabattvertrag einen Zuschlag zu erteilen. In diesen Verträgen sind hinsichtlich der Rabatte bestimmte Berechnungen und Mengenrestriktionen enthalten. Es wäre zu klären, ob genau diese Vertragsbestandteile erst das Ausnutzen von Effizienzpotentialen ermöglichen. Wenn dies der Fall wäre, aber gleichzeitig durch die Vergaberechtskammer – und womöglich letztendlich durch die zuständigen Gerichte – diese Klauseln untersagt werden, dann würde durch das Vergaberecht die Effizienzförderung verhindert. Hierbei bleibt jedoch zunächst abzuwarten, wie die Gerichte entscheiden.

5.4.2 Schutz der Wettbewerbspotentiale durch das GWB und Empfehlungen

Die Ausführungen haben gezeigt, dass mit den durch die letzten beiden Reformen implementierten selektiven Vertragsmöglichkeiten die Wettbewerbspotentiale auf den verschiedenen Märkten im Gesundheitswesen teilweise erheblich erweitert worden sind. Über die Selektivverträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern wird nicht nur der potenzielle Wettbewerb auf der Leistungsanbieterseite gestärkt, sondern diese Verträge können auch

¹⁶⁶ Vgl. Tabelle 8

¹⁶⁷ Vgl. auch Telgheder (2009). An dieser Tatsache ändert sich zunächst auch nichts durch das bereits zitierte EuGH Urteil (Rechtssache C-300/07) vom 11.06.2009.

¹⁶⁸ Vgl. Wortmann (2009).

erhebliche Effekte auf die Intensität des Wettbewerbs auf Versicherungsmärkten entfalten.

Die sektorspezifischen Prüfungen haben ferner gezeigt, dass das Ausnutzen der Wettbewerbspotentiale positive Effekte auf die Effizienz haben kann.¹⁶⁹ Konkret sind Kosten- und Preissenkungsmöglichkeiten sowie positive Reaktionen hinsichtlich der Qualität der Versorgung, der Auswahlmöglichkeiten und niedrigerer Beiträge diskutiert worden. Diese Parameter beschreiben gleichzeitig die möglichen, positiven Rückwirkungen für die Patienten bzw. Versicherten in den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, die durch die Neuerungen erschlossen worden sind.

Im Laufe der Analyse ist zusätzlich untersucht worden, welche Marktgegebenheiten, Tatbestände und Faktoren, das Ausnutzen der geschaffenen Wettbewerbsfreiräume im Rahmen von selektiven Verträgen potenziell verhindern oder zumindest teilweise ausbremsen. Es wurde hierbei diskutiert, ob bzw. wann Marktmacht auftreten kann und welche Implikationen daraus abzuleiten sind. Grundsätzlich kann Marktmacht auf der Versicherungs- sowie auf der Anbieterseite vorliegen bzw. entstehen. Insbesondere bei marktmächtigen oder marktstarken Kassen oder bei kartellgleichen Zusammenschlüssen von Kassen bei gleichzeitig gegebenen homogenen Produkten, konstanten Marktanteilen und einer langjährigen Ausblendung von Wettbewerb in weiten Teilen des Gesundheitswesens ist gemäß Szenario II zu befürchten, dass die Wettbewerbsspielräume nicht oder nur unzureichend genutzt und damit Effizienzreserven nicht erschlossen werden. Eine solche Position auf der Versicherungsseite kann lediglich kurzfristig zu positiven Effekten insbesondere hinsichtlich der Preise führen. Mittel- bis langfristig ist jedoch keine Verbesserung zu erkennen, sondern ganz im Gegenteil besteht die Gefahr, dass die kurzfristigen positiven Effekte durch die beschriebenen negativen Resultate zukünftig überlagert werden. Die negativen Effekte können sich hierbei auf alle betrachteten Teilmärkte übertragen. Positive Rückwirkungen für die Versicherten bzw. die Patienten wären insofern nicht zu erwarten.

Die anschließende Auswertung der bisherigen wettbewerbsrechtlichen Verfahren hat erstens gezeigt, welche negativen Folgen von der Nichtberücksichtigung der allgemeinen Wettbewerbsvorschriften zu erwarten sind. Explizit sind die Effekte einer Freigabe von wettbewerbswidrigen Zusammenschlüssen auf Krankenhausmärkten oder das Zulassen von Kartellen im Pharmagroßhandel aufgezeigt worden. Zweitens hat dieser Teil der Ausführungen umgekehrt belegt, welchen Schutz der Wettbewerb auch im

¹⁶⁹ Beispielsweise gilt das für Szenario I im Rahmen des Krankenkassenwettbewerbs.

Gesundheitswesen durch das GWB prinzipiell erfahren kann und welche positiven Effekte hinsichtlich der Effizienz hiervon ausgehen. Drittens wurde dargestellt, dass das Vergaberecht wettbewerbsökonomisch grundsätzlich als Hilfsmittel anzusehen ist, und zwar dann, wenn öffentliche Aufträge bzw. Aufträge von öffentlichen Institutionen nach einem fairen Auktionsverfahren durchgeführt werden sollen. Bezüglich der ausgeschriebenen Rabattverträge ist zu erkennen, dass diese sämtlich einer gerichtlichen Prüfung zugeführt worden sind.

Zusammenfassend lassen sich aus der Analyse folgende Überlegungen, Konsequenzen und Forderungen hinsichtlich der Anwendung der Vorschriften des GWB in der Zukunft ableiten:

Die volle und konsequente Anwendung des Wettbewerbsrechts ist ein wichtiger Schritt hin zu einem effizienteren Gesundheitssystem. Grundsätzlich sind so Kosteneinsparungen einerseits und Qualitätsverbesserungen andererseits zu erwarten. Wenn ein effektiver Kassenwettbewerb tatsächlich zu den gewünschten Effizienzverbesserungen führt, ist allerdings mit wettbewerbswidrigen Ausweichstrategien einzelner Akteure zu rechnen, die nicht durch das Wettbewerbsrecht kontrolliert werden können. Hierzu gehören mögliche Behinderungen von Innovationsrennen zwischen Pharmaunternehmen durch eine missbräuchliche Ausnutzung des Patentschutzes oder auch die Möglichkeit, durch ungebührliche Einflussnahme die Ausschreibungspraxis von Leistungserbringern direkt oder indirekt zu beeinflussen. Der Einsatz des Wettbewerbsrechts muss daher im Gesamtkontext des allgemeinen ordnungspolitischen Rahmens des deutschen gesetzlichen Gesundheitswesens gesehen werden, wobei auch die Effektivität der patentrechtlichen, strafrechtlichen oder lauterkeitsrechtlichen Institutionen mit zu berücksichtigen sind.

Es wäre erstens wünschenswert, dass das Kartellverbot gemäß § 1 GWB sowie die §§ 2, 3 GWB sowohl auf der Versicherungsseite als auch bei allen direkten Leistungsanbietern im Bereich der Selektivverträge volle Anwendung finden.¹⁷⁰ Nur so können ein funktionsfähiger Wettbewerb auf der Kassen- und der Anbieterseite garantiert und Effizienzpotentiale im Rahmen eines selektivvertraglichen Systems dauerhaft ausgeschöpft werden.¹⁷¹ Gleichzeitig wird hierüber eine Weitergabe der erschlossenen Re-

¹⁷⁰ Dies gilt unabhängig davon, wie viele Kassen tatsächlich am Markt tätig sind. Umgekehrt regelt das Kartellverbot nicht die absolut zulässige Kassenzahl.

¹⁷¹ Hinzu müsste berücksichtigt werden, dass für einen effektiven Wettbewerb auf dem Versichertenmarkt eine konsequente Anwendung der UWG-Vorschriften (insbesondere hinsichtlich des Irreführungsverbots) anzumahnen sind, da die Funktionsfähig-

serven an die Versicherten und Patienten sichergestellt. Wird dieses Instrument nicht genutzt, so muss politisch abgewogen werden, a) inwieweit zumindest kurzfristig eine Umverteilung von den Leistungsanbietern hin zu den Kassen erfolgen soll und kann und inwiefern b) die Versicherten an diesen Umverteilungsergebnissen von den Kassen zu beteiligen sind. Institutionell könnte diese Aufgabe der jeweils zuständigen Behörde bzw. dem Gesundheitsministerium obliegen. Wird das Kartellverbot nicht angewendet (z. B. bei Rabattverträgen), so muss politisch ebenfalls gesehen und beurteilt werden, dass andere wirtschaftspolitische Ziele gefährdet werden können. Insbesondere zählen hierzu die klar erkennbaren Oligopol Tendenzen auf der Anbieterseite.¹⁷² Unter der Maßgabe von selektiven Verträgen stellt die Nicht-Anwendung des Kartellverbotes auf dem Kassenmarkt in jedem Falle eine effizienzermindernde Lösung dar, wenn das Ziel die Erreichung von Effizienz im Gesundheitswesen ist.

Zweitens ist angezeigt, die Missbrauchsaufsicht nach Maßgabe der §§ 19 ff. GWB bei selektiven Verträgen konsequent anzuwenden. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass bei der vorliegenden Marktstruktur ein fairer Wettbewerb zwischen Kassen und Leistungsanbietern, aber auch zwischen den einzelnen Kassen und zwischen den jeweiligen Leistungsanbietern, erreicht wird und alle Effizienzpotentiale erschlossen werden. Eine solche Anwendung ist jedoch aktuell nicht zu erkennen. Insbesondere die neuen Verfahrensregelungen mit der Zuständigkeit der Sozialgerichte, die überdies Kriterien außerhalb der üblichen GWB-Vorgaben berücksichtigen sollen, sind wettbewerbsökonomisch als kritisch einzuschätzen. Der Politik muss bewusst sein, dass damit ein trade-off, ein Abwägen zwischen dem Ziel der Effizienz und anderen gesundheitspolitischen Zielen, erfolgt ist. Daraus leitet sich ab, dass der Gesetzgeber bzw. die zuständigen Institutionen zukünftig über das Verhältnis und Wichtigkeit der alternativen Ziele sowie dem Zielerreichungsgrad entscheiden müssen.

Drittens ist die Anwendung des Vergaberechtes langfristig von der Politik zu diskutieren. Hierbei ist die zentrale Frage, ob gesetzliche Krankenkassen öffentliche Auftraggeber sind. Aktuell ist diese Frage aus rechtlicher Sicht mit „ja“ zu beantworten, wie insbesondere auch das EuGH Urteil (Rechtsache C-300/07) vom 11.06.2009 zeigt. Es ist jedoch nicht als zwangsläufig anzusehen, dass das Kriterium für einen öffentlichen Auftraggeber, die Finanzierung durch öffentliche Mittel, in Zukunft erfüllt bleibt, da die letzten Reformen eine erhebliche Ausweitung der Gestaltungsfreiheit bei der Ver-

keit des gesamten Gesundheitssystems maßgeblich vom Informationsstand der Versicherten abhängt. Hierauf wird nicht weiter eingegangen.

¹⁷² Dies würde auch potenziell einen Konflikt mit der politisch forcierten Mittelstandsförderung nach sich ziehen.

sorgung von Versicherten ermöglichen. Unabhängig von diesem rechtlichen Aspekt steigt damit der Grad, in dem die gesetzlichen Krankenkassen unternehmerisch tätig sind. Wenn die Instrumente des GWB, wie in den letzten beiden Punkten ausgeführt, im selektivvertraglichen System durchgängig auf gesetzliche Krankenkassen angewendet und Kassen damit Unternehmen gleichgestellt werden, dann wird das Vergaberecht überflüssig. Es würde sich dann auch erübrigen, darüber zu entscheiden, ob bestimmte Vertragsklauseln (Berechnung der Rabatte, Mengenangaben usw.), die womöglich notwendig sind, um alle Effizienzpotentiale zu erschließen, nicht mit dem Vergaberecht konform sind. Wird dieser Schritt einer Gleichstellung politisch bzw. per Gesetz nicht vollzogen, dann ist vom Gesetzgeber wiederum in Kauf zu nehmen, dass a) ein Abwägen zwischen dem Effizienzziel und anderen Zielen zu erfolgen hat und b) je nach Ausgang der Gerichtsverfahren und nach den gewünschten Zielerreichungsgraden Veränderungen im Vergaberecht notwendig sein könnten.

6 Auswirkungen einer stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung auf die öffentlichen Haushalte

In Deutschland vollzieht sich der absehbare demografische Wandel in einem „doppelten Alterungsprozess“ der Gesellschaft: Zum einen wachsen nur schwach besetzte Jahrgänge nach, weil die Geburtenhäufigkeit seit Jahrzehnten auf einem historisch niedrigen, den Bestand nicht erhaltenen Niveau verharrt; zum anderen nimmt die Lebenserwartung immer noch kontinuierlich zu. Dieser Alterungsprozess erweist sich als Herausforderung für die öffentlichen Haushalte und die umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme. Seit Jahren prägen daher Forderungen nach „nachhaltig soliden Staatsfinanzen“, „Generationengerechtigkeit“ und einem „tragfähigen System der Sozialen Sicherung“ die finanz- und sozialpolitische Debatte. Der Begriff „Nachhaltigkeit“ ist inzwischen aus der wissenschaftlichen und politischen Diskussion nicht mehr weg zu denken.¹⁷³

Das Bundesministerium der Finanzen veröffentlicht seit dem Jahr 2005 in regelmäßigen Abständen – einmal pro Legislaturperiode – einen Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Ziel dieser in Wissenschaft und Politik nicht unumstrittenen und mit Schwächen behafteten Berichterstattung ist es, aufzuzeigen, welchen Fortschritt bereits ergriffene Politikmaßnahmen mit Blick auf das Schließen von Tragfähigkeitslücken schon gebracht haben oder noch bringen werden.

In dem Zweiten Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen aus dem Jahr 2008 wird wie in vielen anderen wissenschaftlichen Studien nicht nur dieser grundsätzliche und seit Jahren bekannte Handlungsbedarf erneut herausgearbeitet. Es werden auch weiterhin aus dem Gesundheitswesen erwachsende Risiken für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen identifiziert und daher insbesondere in diesem Zweig der Sozialversicherung ein dringender politischer Handlungsbedarf angemahnt: Über diese Maßnahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Kran-

¹⁷³ Mit diesem Begriff, der ursprünglich aus der Umwelt- und Ressourcenökonomik stammt, werden neben ökologische vermehrt ökonomische und soziale Zielsetzungen sowie Vorstellungen über Generationengerechtigkeit assoziiert (vgl. zum Beispiel SVR (2003: S. 270) und BMGS (2003: S. 48ff.). Durch die Reduktion des mehrdimensionalen Begriffs Nachhaltigkeit auf seine ökonomische Dimension und den unmittelbaren Bezug auf die öffentlichen Haushalte wird in der Literatur auch von Tragfähigkeit statt von Nachhaltigkeit gesprochen.

kenversicherung hinaus werden weitere Reformen zur Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung (ausgabenseitige Maßnahmen) und der Finanzierungsgrundlagen für erforderlich gehalten, um diesen Zweig der Sozialversicherung – anders als beispielsweise die Gesetzliche Rentenversicherung – langfristig auf eine finanziell tragfähigere Grundlage zu stellen (BMF 2008: S. 67).

Vor diesen Entwicklungen und Hintergründen soll im Folgenden und aufbauend auf die vorhergehenden Ausführungen des vorliegenden Gutachtens der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern es durch eine effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung – wie im Zweiten Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen als ausgabenseitige Handlungsoption lediglich angedeutet – überhaupt gelingen kann, die künftige Absicherung von Krankheitsrisiken im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf ein fiskalisch nachhaltiges Fundament zu stellen und somit ein wirkliches Mehr an Tragfähigkeit in die öffentlichen Finanzen insgesamt zu tragen.

6.1 Hintergründe zum Problem der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens

Für die weitere Diskussion dieser ausgabenseitigen Handlungsoption ist es zunächst von Bedeutung, sich kurz im Rahmen einleitender Bemerkungen die grundlegenden Zusammenhänge zu verdeutlichen, warum und weshalb die langfristige Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – wie verschiedene Tragfähigkeitsanalysen aufzeigen – momentan massiv gefährdet ist. Der Ausgangspunkt für die aus dem Gesundheitswesen erwachsenden Risiken für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen ist – wie eingangs erwähnt – der demografische Wandel.

Die GKV wird nach dem Umlageverfahren finanziert. Bei diesem Verfahren gilt somit – sieht man beispielsweise von den steuerfinanzierten Bundeszuschüssen ab –, dass die Summe der jährlichen Beitragseinnahmen der Summe der jährlichen Leistungsausgaben entsprechen muss. Die GKV basiert anders als die Rentenversicherung auf einem Drei-Generationen-Modell: Zum einen zahlen neben den Erwerbstätigen auch die Rentner den gleichen Prozentsatz ihrer beitragspflichtigen Einnahmen als Beiträge an die Krankenkassen. Zum anderen haben die Kinder als beitragsfrei Mitversicherte die gleichen Ansprüche an eine medizinische Versorgung wie die Beiträge zahlenden Mitglieder. Die versicherungspflichtigen Beschäftigten müssen also mit ihren Beiträgen nicht nur die von ihnen verursachten Gesundheitskosten finanzieren, sondern auch die Ausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen sowie die vorliegende Dif-

ferenz zwischen den Gesundheitsausgaben der Rentner und deren Beitragsvolumen.

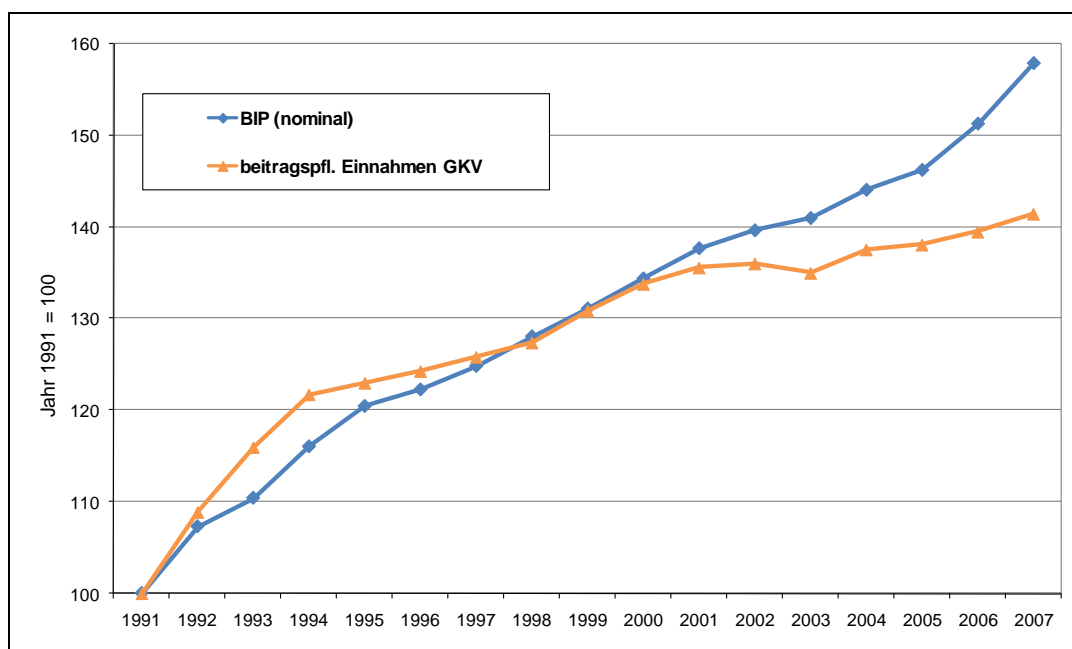
Der demografische Wandel mit seinem „doppelten Alterungsprozess“ lässt den Rentnerquotienten und das Durchschnittsalter weiter ansteigen. Dieser Alterungsprozess führt aus diesen Gründen unter Status-quo-Bedingungen unweigerlich zu Konsequenzen für die finanzielle Situation der GKV, weil von ihm beachtliche beitragsstättende Effekte ausgehen und – sofern der Beitragssatzanstieg abgemildert werden soll – die Inanspruchnahme ergänzender Steuerzuschüsse des Bundes zunimmt:

- Finanzierungseffekt des demografischen Wandels: Nimmt der Rentnerquotient zu, werden in diesem Drei-Generationen-Modell die Erwerbstätigen stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Betagten herangezogen, weil deren beitragspflichtiges Einkommen in der Regel und nicht zuletzt durch die Rentenreformen der letzten Jahre – hier insbesondere das Rentenversicherungsnachhaltigkeitsgesetz – unter denen der Erwerbstätigen liegen (Rürup 2007).
- Ausgabeneffekt des demografischen Wandels: Die Leistungen der GKV werden verstärkt im Alter in Anspruch genommen, so dass die Gesundheitskosten mit dem Alter der Versicherten ansteigen. Weniger über die Richtung, sondern vielmehr über das Ausmaß dieses zu erwartenden Ausgabeneffekts besteht jedoch im Vergleich zum Einnahmefeffekt eine größere Unsicherheit. Diese Unsicherheit resultiert zum einen aufgrund der unsicheren Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts und zum anderen aber auch aus der Uneinigkeit hinsichtlich der Konsequenzen einer steigenden Lebenserwartung für das Ausgabenprofil der GKV. Gemäß der Medikalisierungsthese steigt die Morbidität, das heißt die Häufigkeit der Erkrankung innerhalb einer Bevölkerungskohorte, mit dem Alter an. Dies impliziert, dass das Ausgabenprofil mit zunehmendem Alter weiter ansteigen wird. Eine höhere Lebenserwartung würde demnach die ausgabensteigernde Wirkung der geringeren Fertilität doppelt verstärken, weil Leistungen nicht nur länger, sondern auch in höherem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Demgegenüber steigen die Gesundheitsausgaben nach der Kompressionsthese erst kurz vor dem Todeszeitpunkt sprunghaft an, während die Morbidität infolge einer qualitativ besseren Gesundheitsversorgung nur geringfügig mit dem Alter ansteigt. Eine Auswertung der Daten aus dem Risikostrukturausgleich der Krankenkasse spricht bislang nicht für die Medikalisierungsthese, denn eine markante Versteilerung der Ausgabenprofile lässt sich für die vergangenen Jahre nicht feststellen. Die Aufspaltung der durchschnittlichen altersklassenbezogenen

Gesundheitsausgaben zeigt vielmehr, dass die Ausgaben für Lebende mit dem steigenden Alter zunehmen, während die Ausgaben für Sterbende mit höherem Sterbejahr deutlich abnehmen. Insgesamt nehmen die Gesundheitsausgaben im Alter zwar zu, aber mit einem eher degressiven Verlauf (Rürup 2007).

Neben diesen sich ausschließlich aus der Veränderung der Altersstruktur und der politisch gewollten und eingeleiteten Absenkung des Rentenniveaus ergebenden Einnahmefekt gibt es jedoch noch weitere, die finanzielle Lage und die künftige Entwicklung der GKV belastende Wirkungen. So haben die hohe Arbeitslosigkeit, eine rückläufige Lohnquote, geringe oder ausgefallene Rentenanpassungen, geringe Entgeltsteigerungen, Frühverrentungsmaßnahmen, Veränderungen der Erwerbsstrukturen und eine Verschiebepolitik zu Lasten der GKV in der jüngsten Vergangenheit – seit Ende der 1990er Jahre – zu einer Erosion der Beitragsgrundlagen geführt (Abbildung 7).

Abbildung 7: Einnahmeschwäche der GKV

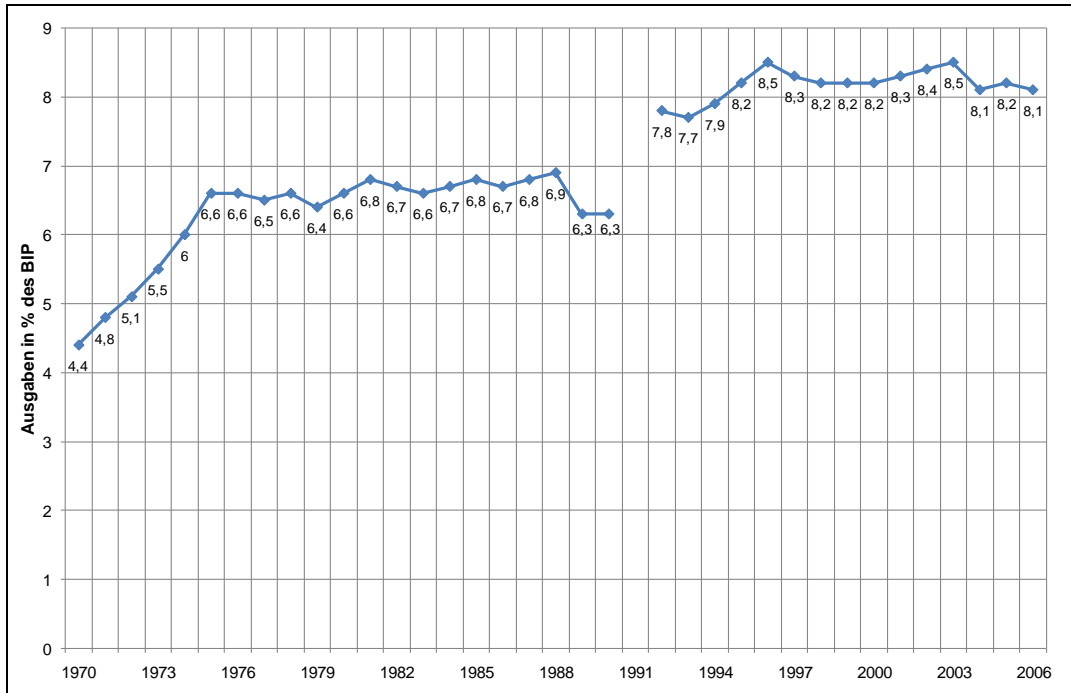


Quelle: IGES

Vielmehr wegen dieser Erosion der Beitragsgrundlagen und weniger als Folge der demografischen Entwicklung und einer Zunahme der Gesundheitsausgaben ist es in den letzten Jahren zu Beitragssatzanstiegen gekommen. Denn seit drei Jahrzehnten liegen nicht zuletzt aufgrund der Wirkungen der über 200 Kostendämpfungsgesetze die Leistungsausgaben der GKV in Relation zum Bruttoinlandsprodukt unverändert bei rund 6 % (West) bzw. 8 % (Abbildung 8). Eine Kostenexplosion im gesamtwirt-

schaftlichen Sinne hat es demnach in den letzten Jahrzehnten nicht gegeben (Rürup 2008; vgl. ausführlich auch Annex, Kapitel 3.2).

Abbildung 8: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2006



Quelle: IGES; OECD 2008

6.2 Effizientere und leistungsfähigeren Gesundheitsversorgung – Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik?

6.2.1 Tragfähigkeitsanalysen und abgeleiteter Reformbedarf im Gesundheitswesen

Angeichts dieser Entwicklungen wird verständlich, warum zunehmend ein Konzept benötigt wird, das Antworten auf die Frage liefern kann, ob die aktuell verfolgte Finanz- und Sozialpolitik auf Dauer auch unter Einschluss der Folgen des demografischen Wandels so fortgeführt werden sollte. Die traditionell verwendeten Kennzahlen staatlicher Haushaltsrechnung wie Finanzierungssaldo, Staatsverschuldung und Schuldenquote sind als alleiniger Maßstab für die Beurteilung der Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen ungeeignet. Sie sind manipulationsanfällig und bilden lediglich das laufende Jahr beziehungsweise das Ergebnis der vergangenen Entwicklungen ab und können so keinen Anhaltspunkt über die künftige längerfristige Entwicklung der Staatsfinanzen geben. Zudem werden Verpflichtungen des

Staates, die aufgrund gesetzlicher Leistungsansprüche in der Zukunft zu leisten sind, nicht erfasst (Wissenschaftlicher Beirat 2001; Benz & Fetzer 2004).¹⁷⁴

Das Konzept der Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen hingegen bezieht sich auf die langfristige Entwicklung der öffentlichen Haushalte als Ganzes, also auch auf die Haushalte der Gebietskörperschaften und die Sozialversicherungszweige. In einer längerfristig angelegten und umfassenderen Perspektive können die öffentlichen Haushalte grundsätzlich als tragfähig bezeichnet werden, wenn die momentanen und die auf Grundlage des aktuell geltenden Rechtsstandes fortgeschriebenen zukünftigen staatlichen Einnahmen ausreichen, um sämtliche staatlichen Zahlungs- und andere Ausgabenverpflichtungen abzudecken. Neben den verbrieften Forderungen der Inhaber von Staatsschuldtiteln an den Staat stellen auch die durch Beitragszahlungen – etwa bei der gesetzlichen Rentenversicherung – erworbenen Anwartschaften oder auch die Pensionsansprüche der Beamten zukünftige Zahlungsverpflichtungen des Staates dar, die wie die Gehaltsansprüche der öffentlichen Bediensteten unverbrieft sind und in ihrer Höhe durch den Gesetzgeber zukünftig beeinflusst werden. Aus Sicht des Staates stellen letztere Zahlungsverpflichtungen implizite Verbindlichkeiten dar, die dem Grunde, aber nicht konkret der Höhe nach bestimmt sind. Zur expliziten Staatsschuld tritt eine implizite Staatsschuld, wenn der Barwert aller staatlichen Zahlungsverpflichtungen unter Einschluss aller anderen geplanten Ausgaben den Barwert der zukünftigen Beitrags- und Steuereinnahmen übersteigt. Explizite und implizite Staatsschulden zusammengenommen geben somit die Verpflichtungen an, die durch zukünftige staatliche Einnahmeüberschüsse gedeckt sein müssen. Eine Differenz, die so genannte Tragfähigkeitslücke, zeigt in ihrer Höhe dabei ein unabweisbaren finanz- und sozialpolitischen Korrekturbedarf an: Je größer die Tragfähigkeitslücke, desto größer ist der Anpassungsbedarf.

Bei der Entwicklung von Messkonzepten, die zum Ziel haben, quantitative Indikatoren zu entwickeln, mit denen die Tragfähigkeit der gegenwärtigen Finanz- und Sozialpolitik geprüft werden kann, haben sich anfangs zwei Entwicklungsstränge herausgebildet, die über lange Zeit getrennt verfolgt wurden.¹⁷⁵ Einerseits wurden Maßstäbe entwickelt, die sich auf bei der Ermittlung erst künftig entstehender Zahlungspflichten des Staates eng an gängige Verfahren zur Planung und Analyse der laufenden Haushaltspolitik

¹⁷⁴ Für eine ausführliche Diskussion siehe auch zum Beispiel SVR (2003: S. 271).

¹⁷⁵ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Ansätzen oder auch für weitergehende Literaturverweise siehe auch Wissenschaftlicher Beirat (2001); SVR (2003); Benz & Fetzer (2004).

und damit an die gewohnte Messung expliziter Verschuldung anlehnten (Ansatz der OECD). Andererseits wurden Ansätze mit einer höheren theoretischen Fundierung entwickelt (Konzept der Generationenbilanzierung). In den vergangenen Jahren jedoch sind Nachhaltigkeitsindikatoren entstanden, die Elemente beider Entwicklungsstränge – die Nähe zu konventionellen Budgetanalyse und die theoretische Fundierung – vereinen.

Dieser jüngsten Entwicklung folgend bedient sich das ifo-Institut in seinen Modellrechnungen für den Tragfähigkeitbericht des BMF der Methodik des auf EU-Gemeinschaftsebene entwickelten Konzepts der „sustainability gaps“ (vgl. im Folgenden BMF 2008). Im Mittelpunkt des Interesses steht bei diesem Messkonzept die möglichst genaue Abbildung der staatlichen Ausgaben in den von dem demografischen Wandel besonders betroffenen Bereichen wie unter anderem der GKV. Die bis zum Jahr 2050 reichenden Projektionen basieren auf demografischen Fortschreibungen, bei denen jeweils Ausgaben im Wesentlichen auf geschlechts- und altersspezifische Pro-Kopf-Werte zurückgeführt und anschließend nach Maßgabe der sich ändernden Bevölkerungszahl jährlich fortgeschrieben werden. Zudem werden dabei die Ergebnisse eines einfach strukturierten makroökonomischen Hintergrund Szenarios zum realen Wirtschaftswachstum berücksichtigt. Die Ergebnisse für die einzelnen staatlichen Budgetkomponenten zu einer Projektion der demografieabhängigen Ausgaben zusammengefasst und als zusätzliche Belastungen oder Entlastungen in die Prüfung der Tragfähigkeit als Ganzes eingebracht. Es wird dabei unterstellt, dass alle nicht gesondert abgebildeten Ausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt konstant bleiben. Ebenso wird angenommen, dass die gesamtwirtschaftliche Einnahmenquote auf lange Sicht unverändert bleibt.¹⁷⁶

Wie auch schon im Jahr 2005 weist der aktuelle Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen die Existenz anhand der Tragfähigkeitslücke S2 –

¹⁷⁶ Mit Blick auf die Abbildung der hier im Mittelpunkt stehenden Zweige der Sozialversicherungen ist diese Vorgehensweise nicht unproblematisch (BMF 2005: S. 19). Nach geltendem Recht kommt es bei Finanzierungslücken im Bereich der sozialen Sicherungssysteme zu quasi-automatischen Anpassungen auf der Einnahmenseite. Ein direkter Zusammenhang zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung besteht beispielsweise bei der Gesetzlichen Rentenversicherung: Wenn die Einnahmen nicht die Ausgaben decken, wird möglicherweise der Beitragssatz erhöht. Über die Rentenanpassungsformel kommt es somit aber auch zu Rückwirkungen auf die Rentenausgaben. Dieser Mechanismus zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung wird bei der Annahme einer unveränderten Einnahmenquote nicht vollständig abgebildet. Gleichwohl handelt es sich bei dieser Vorgehensweise um ein international übliches Verfahren, das dafür sorgt, dass demografisch bedingte Belastungen nicht schon deshalb aus den Tragfähigkeitsanalysen herausfallen, weil sie von den berücksichtigten Beitragssatzänderungen verdeckt werden (BMF 2005: S. 19)

der Indikator S2 wird in diesem Bericht als Hauptindikator zur Beurteilung der Tragfähigkeit verwendet – auf einen unabweisbaren finanz- und sozialpolitischen Handlungsbedarf hin. So bewegt sich die langfristige Tragfähigkeitslücke (in Relation zum Bruttoinlandsprodukt) in einem Korridor von 0 % bis 2,4 %, das heißt das gesamtstaatliche Defizit müsste rechnerisch um bis zu 2,4 Prozentpunkte niedriger liegen als Jahr für Jahr projiziert, um die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen trotz der Auswirkungen des demografischen Wandels auf Dauer zu sichern (BMF 2008: S. 33).

Leider weist auch der aktuelle Bericht – anders als dies in verschiedenen Studien der Fall ist – nicht den Anteil des Gesundheitswesens an dem identifizierten Tragfähigkeitsproblem aus.¹⁷⁷ Allerdings wird erneut zurecht auf die besonderen und im Kapitel zuvor angesprochenen Unwägbarkeiten, die mit Blick auf die Tragfähigkeit vom Gesundheitswesen ausgehen, hingewiesen (BMF 2008: S. 37). Aus diesem Grund werden zur Verdeutlichung die Änderungen bei der Tragfähigkeitslücke S2 bei alternativen Entwicklungen der Gesundheitsausgaben ermittelt (Abbildung 9).

Abbildung 9: Änderung der Tragfähigkeitslücke (S2) bei alternativer Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Tabelle 3: Änderungen der Tragfähigkeitslücke (S2) bei alternativer Entwicklung der Gesundheitsausgaben	
Lohnorientierte Kostenfortschreibung	+0,2 bis +0,7
Sinkende altersspezifische Morbidität	-1,2 bis -1,3
Kosteneffekte medizin- technischer Fortschritt	+2,4
Sinkende Morbidität und medizin- technischer Fortschritt	+0,8 bis +1,0

Alle Angaben beschreiben projizierte Erhöhungen (+) oder Senkungen (-) der Tragfähigkeitslücken S2 im Vergleich zu den beiden Basisvarianten in Prozentpunkten des BIP.

Quelle: BMF (2008: S. 37)

¹⁷⁷ Vgl. beispielsweise Hagist et al. (2008).

Angesichts dieser zum Teil erheblichen Zusatzrisiken ist es verständlich, dass insbesondere im Gesundheitsbereich dringender Handlungsbedarf angemahnt wird. Bei der darauf aufbauenden Frage nach den notwendigen Reformen und deren Bewertung im Hinblick auf ihren Beitrag für eine tragfähige Finanz- und Sozialpolitik sollte jedoch die begrenzte Aussagekraft von Tragfähigkeitsindikatoren – wie in verschiedenen Tragfähigkeitsstudien selbst immer wieder darauf hingewiesen wird – im Blick behalten werden (SVR 2003: S. 430f.; BMF 2008: S. 20):

- Ein zentraler Einwand ist, dass Preisreaktionen und Verhaltensanpassungen der privaten Wirtschaftssubjekte unberücksichtigt bleiben. Aus diesem Grund ist es gleichgültig, ob eine Tragfähigkeitslücke über einnahmeseitige Maßnahmen wie die Anhebung von Steuern und Beiträgen oder durch ausgabenseitige Maßnahmen geschlossen wird. Bei der Interpretation von Tragfähigkeitslücken und Maßnahmen zu ihrer Reduktion ist also Vorsicht angebracht. Die Tragfähigkeitslücken induzieren einen dringlichen Handlungsbedarf, jedoch lassen sich aus ihnen keine ökonomisch begründeten Empfehlungen über die zur Schließung dieser Lücken angebrachten einnahme- und/oder ausgabenpolitischen Maßnahmen ableiten.
- Tragfähigkeitsanalysen sind als zukunftsgerichtete Analysen mit erheblichen Unsicherheiten konfrontiert. Die Fortschreibung staatlicher Einnahmen und Ausgaben in die ferne Zukunft wird durch die getroffenen Annahmen determiniert. Darüber hinaus müssen Abstriche bei der Tiefe und Detailliertheit der erfassten institutionellen Regelungen und wirtschaftlichen Zusammenhänge in Kauf genommen werden, Rückkopplungen fiskalischer Entwicklungen auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung werden auch dort nicht berücksichtigt, wo Teile einzelner Ausgabenkategorien – wie im Gesundheitsbereich – das Bruttoinlandsprodukt definitorisch mitbestimmen.

Diese hier nur ansatzweise angesprochen Probleme schränken die Möglichkeiten zur Ableitung unmittelbar politischer Handlungsempfehlungen ein. Trotz aller Einschränkungen erlauben jedoch Tragfähigkeitsanalysen zumindest eine grobe Einschätzung künftiger finanzpolitischer Handlungsspielräume und geben für eine erste Beurteilung relevante Hinweise zu der Wirksamkeit alternativer Reformoptionen.

6.2.2 Bewertung der ausgabenseitigen Reformoption unter Tragfähigkeitsaspekten

Angesichts der vielen Unwägbarkeiten bei der Entwicklung der künftigen Gesundheitsausgaben und den daraus erwachsenden Risiken für die Tragfä-

higkeit der öffentlichen Finanzen ist es verständlich, dass ausgabenseitige Reformmaßnahmen angemahnt werden. Und in der Tat zeigen Berechnungen im (ersten) Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen aus dem Jahr 2005, dass Ausgabendämpfungen grundsätzlich einen positiven Beitrag für die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen leisten können (Abbildung 10). Im Rahmen einer Politiksimulation wurde dazu unterstellt, dass die Leistungsausgaben in der GKV beispielsweise durch Effizienzsteigerungen oder infolge eines schwächeren Morbiditätsanstiegs geringer ansteigen als in der Ausgangssimulation.

Abbildung 10: Ausgangsvariante und Politiksimulation im Vergleich

Tabelle 7: Ausgangsvariante und Politiksimulationen im Vergleich

	Tragfähigkeitslücken		Abstand zur Ausgangsvariante	
	(S1)	(S2)	(S1)	(S2)
Ausgangsvariante	1,22	1,51	-	-
Politiksimulationen				
– Ohne Reformen GKV und GRV	1,46	1,95	+0,24	+0,44
– Regelaltersgrenze 67	1,10	1,32	–0,12	–0,19
– Gesundheitsausgabendämpfung	0,67	0,46	–0,55	–1,05
– mehr Ressourcen im Bildungsbereich	1,65	1,89	+0,43	+0,38
– schnelle Senkung sonstiger Ausgaben	0,22	0,44	–1,00	–1,07
– langsame Senkung sonstiger Ausgaben	0,76	0,79	–0,46	–0,72

Quelle: ifo-Studie, eigene Berechnungen

Quelle: BMF (2005: S. 32)

Eine mit Blick auf das bestehende Tragfähigkeitsproblem erhobene Kostendämpfungspolitik sollte jedoch immer beachten, dass steigende Gesundheitsausgaben – absolut oder in Relation zum Bruttoinlandsprodukt – keine Fehlentwicklung darstellen, wenn diese Ausgabensteigerungen das Ergebnis einer zunehmenden Multimorbidität als Folge der Bevölkerungsalterung, eines die Lebensqualität der Patienten verbessernden und die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritts oder veränderter Präferenzen als Folge der Wohlfahrtssteigerungen sind. Reformmaßnahmen mit dem Ziel, einen Beitrag zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen zu leisten, sollten vielmehr daran anknüpfen, denjenigen Anteil an

den Ausgabensteigerungen zu beseitigen, der seine Ursachen in effizienzfeindlichen Organisations- und Anreizstrukturen beziehungsweise fehlendem Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Krankenkassen andererseits hat. Denn dann stehen die Ziele der Gesundheitspolitik – die Bereitstellung von Gesundheitsgütern – in Harmonie mit dem Ziel der finanziellen Tragfähigkeit.

Vor diesem Hintergrund ist die im vorliegenden Gutachten im Mittelpunkt stehende Steigerung von Effizienz und Versorgungsqualität grundsätzlich positiv zu sehen, auch wenn die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit nicht zwangsläufig zu geringeren Gesundheitsausgaben führt (vgl. Kapitel 2.1). Allerdings machen die unter Tragfähigkeitsaspekten grundsätzlich positiv zu beurteilenden ausgabenseitigen Maßnahmen weitere Reformen insbesondere auf der Finanzierungsseite nicht entbehrlich. Denn auch weiterhin würden die – wenn auch möglicherweise im geringeren Ausmaß – steigenden Gesundheitsausgaben in einer Art finanziert, von der seit längerem bekannt ist, das sie mit gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumsverlusten verbunden sind und sich negativ auf die Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen auswirken.

6.3 Fortgesetzte Ausgabendynamik – Begrenzung der Risiken für den Bundeshaushalt

Auch unter der Annahme, dass bestehende Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung durch eine stärkere Wettbewerbsorientierung weitergehend beseitigt werden, lässt sich eine fortgesetzt hohe Ausgabendynamik aus den o. a. Gründen nicht ausschließen. Basiert eine solche Ausgabendynamik auf weitgehend effizienten Versorgungsstrukturen, wäre es aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive nachteilig, globale Ausgabenkürzungen anzustreben. Um so wichtiger ist es, die mit der Ausgabenentwicklung verbundenen Risiken für den Bundeshaushalt effektiv zu begrenzen. Diese Aufgabe ist deshalb von zunehmender Bedeutung, weil seit einigen Jahren auch die GKV zu den Sozialversicherungszweigen zählt, deren Finanzierungsbasis durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss gestärkt wird.

Für sich genommen ist die Umfinanzierung von GKV-Leistungen, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse erbracht werden, von Beiträgen auf Steuern ordnungspolitisch positiv zu werten. In der Vergangenheit übertrug der Gesetzgeber zur Entlastung der öffentlichen Haushalte den Sozialversicherungen die Zuständigkeit für gesellschafts-, sozial- und familienpolitische Leistungen, ohne dass die Übernahme der damit verbundenen Ausgaben geregelt wurde (Rürup 2007a). Werden jedoch aus den Beitragseinnahmen – ein Sozialversicherungsbeitrag ist eine Art Preis für eine Versicherungsleistung – gesamtgesellschaftliche Aufgaben finanziert, so erhöht

dies nicht nur die Sozialversicherungsbeiträge. Es wandelt sich auch nach Maßgabe des Volumens dieser versicherungsfremden Leistungen der Sozialversicherungsbeitrag in eine implizite Steuer auf das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze, was Ausweichreaktionen zulasten der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowohl auf Seiten des Arbeitsangebots als auch auf Seiten der Arbeitsnachfrage hervorruft und zu gesamtwirtschaftliche Wachstumsverlusten führt.

Mit Blick auf die Tragfähigkeit öffentlicher Haushalte sollte es daher ein Ziel finanzierungsseitiger Reformen des im vorliegenden Gutachten im Mittelpunkt stehenden Gesundheitswesens sein, den durch die versicherungsfremden Elemente bedingten Steueranteil in den Versicherungsbeiträgen zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren.¹⁷⁸ Einen wissenschaftlich fundierten Ansatz zur Bestimmung des in den Krankenversicherungsbeiträgen enthaltenen Steueranteils, der im Sinne der Tragfähigkeit umzufinanzieren wäre, hat der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) im Jahr 2005 vorgelegt: Demnach entspricht der Steueranteil in einem Beitrag dem Umfang der aus dem Beitragsaufkommen finanzierten versicherungsfremden Elemente, die durch ihre gesamtgesellschaftliche Zielsetzung gekennzeichnet sind (SVR 2005, Ziff. 483 ff.). Konkret setzt sich der Steueranteil bei diesem Ansatz aus zwei Komponenten zusammen: erstens aus versicherungsfremden (ausgabeseitigen) Leistungen und zweitens aus versicherungsfremden Einkommensumverteilungen, d. h. alle Umverteilungsströme in der GKV, die über eine Umverteilung von niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken hinausgehen. In diesem Kontext betont der SVR, dass er die Beitragsgestaltung nach Leistungsfähigkeit als reine Einkommensumverteilung und damit nicht als sozialversicherungstypische Ausprägung des Solidarprinzips betrachtet.

Mit Blick auf die eindeutige Abgrenzung von Steuer- und Beitragsfinanzierung wäre ein Pauschalbeitragssystem „idealtypisch“, in dem alle Versicherten (auch die derzeit beitragsfrei Mitversicherten) den gleichen Beitrag zahlen. Ein diesem „idealtypischen“ System nahe kommendes Pauschalbeitragssystem wurde vom SVR mit der Bürgerpauschale vorgeschlagen:¹⁷⁹

¹⁷⁸ Der SVR hat in seinem Jahresgutachten 2005/06 die versicherungsfremden Elemente in der GKV untersucht und ein Gesamtvolumen von über 40 Mrd. Euro ermittelt (SVR 2005: Tabelle 39).

¹⁷⁹ Der Sachverständigenrat hat diesen Systemwechsel bereits in seinem Jahresgutachten 2002/03 diskutiert und in dem Jahresgutachten 2004/05 mit der Bürgerpauschale einen konkreten Reformvorschlag vorgelegt (SVR 2002, S. 282ff.; SVR 2005: S. 376ff.). Zum Systemwechsel siehe auch den Bericht der Rürup-Kommission (BMGS 2003: S. 143ff.).

Bei Umsetzung dieses Konzepts würde eine beschäftigungsfreundlichere Finanzierung des Krankenversicherungssystems erreicht, indem an den Durchschnittskosten der Mitglieder orientierte, einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben werden. Aus diesem Grund ist, um eine Überforderung einzelner zu verhindern, zwingend ein sozialer Ausgleich vorzusehen.

In dem vom SVR vorgeschlagenen Pauschalbeitragssystem der Bürgerpauschale wird die versicherungsfremde Umverteilung jedoch nicht vollständig beseitigt: Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder soll beibehalten werden. Zu diesem Zweck würden die Beiträge für die Kinder auf die anderen Versicherten umgelegt. Würde ein Pauschalbeitragsmodell nur für die heutige GKV umgesetzt, könnten durch die Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern verfassungsrechtliche Probleme vermieden werden, die bei einer Steuerfinanzierung aufträten, wenn in der PKV versicherte Kinder nicht einbezogen würden. Im SVR-Modell der Bürgerpauschale entstünde ein solches verfassungsrechtliches Problem nicht, da die gesamte Wohnbevölkerung demselben Krankenversicherungssystem angehörte.¹⁸⁰ Die sonstigen versicherungsfremden Elemente wie die Umverteilung von hohen zu geringen Einkommen oder die versicherungsfremden Transfers zugunsten von mitversicherten Ehegatten wären nach dem Konzept der Bürgerpauschale vollständig beseitigt und in das Steuer-Transfer-system verlagert. Der Steuercharakter der Beiträge würde im Vergleich zu Status-quo Bedingungen erheblich reduziert. Zudem würden diese Umverteilungen – im Unterschied zur gegenwärtigen Situation – ordnungspolitisch korrekt unter Einbezug der gesamten Gesellschaft nach einheitlichen Maßstäben der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorgenommen.

Eine solche Umfinanzierung der gegenwärtig innerhalb der GKV stattfindenden "versicherungsfremden" Umverteilung würde dazu führen, dass der Anteil an Steuermitteln, der im Zusammenhang mit der GKV-Beitragsbelastung eingesetzt würde, deutlich stiege ("sozialer Ausgleich"). Im Vergleich zu einem steuerfinanzierten Bundeszuschuss als alternativer Umsetzungsweg für eine Umfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben hätte dieser Ansatz jedoch den Vorteil einer höheren Zielgenauigkeit. Bundeszuschüsse können die versicherungsfremden Umverteilungsströme

¹⁸⁰ Als Alternative könnte die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern mit einer Umstellung auf Pauschalbeiträge aufgegeben werden. Für Kinder wäre dann ein eigener, u. U. separat zu kalkulierender Pauschalbeitrag zu entrichten. Eine Steuerfinanzierung beschränkte sich dann allein auf Beitragszuschüsse für Einkommensschwache (vgl. etwa den Vorschlag von Rürup & Wille 2004).

nicht zielgenau neutralisieren, solange sie über eine allgemeine Beitragsatzsenkung wirken, die allen Mitgliedern zugute kommt. Prinzipiell ließe sich die Zielgenauigkeit des Bundeszuschusses erhöhen, indem die Beitragsatzsenkung nur für diejenigen Beitragszahler vorgenommen wird, die aus versicherungsfremden Gründen positive Deckungsbeiträge aufweisen, also in der Regel die aktiv Beschäftigten. Allerdings wäre dies technisch kaum umsetzbar; außerdem ist mit Einführung des Gesundheitsfonds der einheitliche Beitragssatz ein wesentliches Gestaltungsmerkmal der GKV-Finanzierung.

Die Politik hat jedoch bislang weder die Kraft noch den Mut gefunden, diesen Weg zu beschreiten und die unter Beschäftigungs- und Wachstumsaspekten nachteilige lohnzentrierte Beitragsbemessung zu beenden sowie die versicherungsökonomisch nicht zu begründende Versicherungspflichtgrenze zu beseitigen. Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz lediglich eingeschlagene Weg einer schrittweisen stärkeren Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV, also der den Kassen von der Politik übertragenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, ist zwar ordnungspolitisch zu begrüßen (Rürup 2007). Denn die implizite Steuer auf das beitragspflichtige Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird reduziert und die Demografieresistenz erhöht.¹⁸¹

Allerdings erwachsen aus der gegenwärtigen Ausgestaltung des Bundeszuschusses zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen gemäß § 221 SGB V, der zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – schrittweise bis zu einer jährlichen Gesamtsumme in Höhe von 14 Mrd. Euro ansteigen soll, gerade unter Tragfähigkeits- und Finanzplanungsaspekten besondere Risiken für die öffentlichen Haushalte: Denn sollte die Mittelaufbringung des Gesundheitsfonds über den im Rahmen der GKV-Beitragsverordnung festgelegten allgemeinen Beitragssatzes sich als unzureichend herausstellen oder als unzureichend erachtet werden und die Feinjustierung der kassenindividuell benötigten Finanzmittel über Zusatzbeiträge und Erstattungen nicht gelingen, so entsteht politischer Handlungsdruck. Dieser würde sich dann darin äußern, dass entweder von der Möglichkeit eines vom Bund gewährten Liquiditätsdarlehens gemäß § 271 Absatz 3 SGB V Gebrauch gemacht wird oder der Bundeszuschuss erhöht wird. Aufgrund der restriktiven Rückzahlungsvorgaben für die Gewährung des Liquiditätsdarlehens ver-

¹⁸¹ Eine höhere Demografiefestigkeit der Steuerfinanzierung gegenüber der Beitragsfinanzierung in der GKV ergibt sich z. B. mit Blick auf das nicht unmittelbar alterungsabhängige Mehrwertsteueraufkommen sowie hinsichtlich der sukzessiven Umstellung auf eine nachgelagerte Rentenbesteuerung.

bleibt jedoch der Politik längerfristig eigentlich nur die Option der Finanzmitteljustierung über den Bundeszuschuss.¹⁸²

Darüber hinaus wird Forderungen nach einer Anpassung des Bundeszuschusses schon allein deshalb Vorschub geleistet, weil der Bundeszuschuss vom Gesetzgeber ohne eine klar definierte Zweckbindung der Mittel versehen wurde. Aktueller Beleg dafür, dass die Politik von diesem ihr offen stehenden – und unter Tragfähigkeits- und Finanzplanungsaspekten problematischen – regelungebundenen diskretionären Handlungsspielraum Gebrauch macht, sind die ergriffenen Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Konjunkturpakets II, die in einem völlig anderen Zusammenhang stehen als die Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der GKV. So werden in diesem Maßnahmenpaket zur Stützung der Konjunktur die Steuermittel an die gesetzlichen Krankenkassen vorzeitig erhöht, um den allgemeinen Beitragssatz zu senken. Zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen – also in diesem Zusammenhang die kurzfristige Beitragssatzsenkung der Bundesregierung – wird mit Wirkung zum 1. Juli 2009 der Bundeszuschuss um 3,2 Mrd. Euro und im Jahr 2010 um 6,3 Mrd. Euro aufgestockt.

Vor diesen Hintergründen sollte durch geeignete Maßnahmen und Korrekturen sichergestellt werden, dass der Bundeszuschuss sich nicht zum fiskalischen Lückenfüller des GKV-Systems entwickelt. So sollte zum einen eine klar definierte Zweckbindung des aus Steuermitteln gewährten Bundeszuschusses erfolgen. So sollte sich die Anerkennung der Förderung von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Gesetzestext explizit wiederfinden. Da auch die Kinder von Privatversicherten – im Jahr 2006 waren dies knapp 1,6 Mio. Kinder (Verband der privaten Krankenversicherung 2007) – in gleichem Maße förderungswürdig wie die Kinder von gesetzlich Versicherten sind, wird man eine Zahlung auch für die privatversicherten Kinder nicht länger ablehnen können. Die politische Umsetzbarkeit einer derart klar definierten Zweckbindung des Bundeszuschusses dürfte dadurch eingeschränkt werden, dass – wenn es bei der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes bleibt –, dann die private Krankenversicherung im Vergleich zu Status quo-Bedingungen attraktiver würde.

Mit dem vom Deutschen Bundestag am 19. Juni 2009 beschlossenen „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“¹⁸³ sind künftig auch die Kosten

¹⁸² Bereits wenige Monate nach Einführung des Gesundheitsfonds wurde angesichts der deutlichen Verschlechterung der konjunkturellen Lage von Kassenvertretern die Forderung erhoben, das Liquiditätsdarlehen in einen Zuschuss zu verwandeln (vgl. Handelsblatt vom 27.4.2009, S. 1).

einer privaten Krankenversicherung für Kinder steuerlich zu berücksichtigen. Mit einem zweckgebundenen Bundeszuschuss könnte die Ungleichbehandlung zielgenauer als über das Steuerrecht beseitigt werden. Um jedoch eine bestehende Ungleichbehandlung nicht durch eine neue zu ersetzen, wäre die ab dem Jahr 2010 geltende steuerliche Abzugsfähigkeit der Kosten einer privaten Krankenversicherung für Kinder unter diesen Umständen dann (wieder) abzuschaffen.

Darüber hinaus sollte die wettbewerbsverzerrende Wirkungsweise der dysfunktionalen Ausgestaltung der 1 %-Überforderungsregel nach § 242 SGB V – wie in Kapitel 2.2.3 problematisiert – beseitigt werden, damit neben dem allgemeinen Beitragssatz und dem Bundeszuschuss auch eine Finanzierung von Kassenleistungen über Zusatzbeiträge bzw. Erstattungen funktionieren kann.¹⁸⁴ Im Interesse einer Reduzierung der intergenerativen Umverteilung zu Lasten der Jüngeren sollten weiterhin die Zusatzbeiträge bzw. Erstattungen ausschließlich als Pauschalen gezahlt werden.¹⁸⁵ Hinzu kommt, dass von einer pauschalen, einkommensunabhängigen Ausgestaltung der Zusatzbeiträge bzw. Erstattungen eine höhere Wettbewerbsintensität zu erwarten ist. Gerade einkommensschwache und daher besonders preissensitive Versichertengruppen, die im Wettbewerb bislang gemieden wurden, hätten relativ stärkere Wechselanreize als bei einkommensbezogener Beitragsbemessung (vgl. Kapitel 2.2.2).

Schließlich sollten mit Blick auf die Tragfähigkeit der öffentlichen Haushalte neben all den Maßnahmen und Korrekturen, die sicherstellen sollen, dass der Bundeszuschuss sich nicht zum fiskalischen Lückenfüller des

¹⁸³ Mit dem vom Deutschen Bundestag am 19. Juni 2009 beschlossenen „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ wurde dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008 – Beschluss 2BvL 1/06 – Rechnung getragen. Künftig sind nicht nur das sogenannte sächliche Existenzminimum steuerfrei zu stellen, sondern auch Beiträge zu privaten Versicherung für den Krankheits- und Pflegefall. Der existenznotwendige Vorsorgeaufwand richtet sich dabei nach dem sozialhilferechtlich gewährleisteten Leistungsniveau „als eine das Existenzminimum quantifizierende Vergleichsebene“.

¹⁸⁴ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit der wettbewerbschädlichen Wirkung der 1 %-Überforderungsregel siehe auch das Jahresgutachten 2006/07 des Sachverständigenrates (SVR 2006: S.216ff.).

¹⁸⁵ In der GKV kommt es zu einer intergenerativen Umverteilung von den jungen Alterskohorten zu den älteren Kohorten, da die Gesundheitsausgaben ab einem bestimmten Alter typischerweise positiv und die Beitragseinnahmen negativ vom Alter der Versicherten abhängen (Ausgabeneffekt und Einnahmeeffekt der Alterung). Durch die systematischen Abkehr von den sozialversicherungspflichtigen Entgelten als maßgebliche Bemessungsgrundlage für die Zusatzbeiträge und Erstattungen wird erreicht, dass der Einnahmeeffekt der Alterung in der GKV geringer ausfällt.

GKV-Systems entwickelt, auch Inkonsequenzen bei der Finanzierungsverantwortung der einzelnen gebietskörperschaftlichen Ebenen überwunden und die Finanzierungsverantwortung der jeweiligen Gebietskörperschaften stärker eingefordert werden. Denn nur so kann künftig vermieden werden, dass durch ein Fehlverhalten einer staatlichen Ebene der Finanzierungsdruck in der GKV erhöht wird und beispielsweise durch daraus resultierende Beitragssatzerhöhungen negative Beschäftigungs- und gesamtwirtschaftliche Wachstumseffekte hervorgerufen werden.

Ein aktuelles Beispiel für eine derartige Fehlentwicklung stellt die Krankenhausfinanzierung dar. Durch eine seit Mitte der 1990er Jahre sowohl relative wie absolute – nahezu kontinuierlich – sinkende Investitionsquote wird das heute noch in vielen Bundesländern hoch gehaltene Prinzip der Krankenhausfinanzierung durch das Finanzierungsverhalten der Länder selbst in Frage gestellt (SVR 2008: S. 399): Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 sank die Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von insgesamt rund 3,6 Mrd. Euro auf nur noch knapp 2,7 Mrd. Euro (vgl. Annex, Abbildung 29). Bei einer weitgehender Konstanz der Krankenausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt ist die Quote der KHG-Investitionen – der im Rahmen der dualen Finanzierung zur Verfügung gestellten Fördermittel – seit dem Jahr 1991 deutlich gesunken (vgl. Annex, Kapitel 8.6.1). Angesichts der kontinuierlich sinkenden Anteile der Ländermittel an der Krankenhausfinanzierung ist es faktisch zu einer zunehmend monistischen Krankenhausfinanzierung ("schleichende Monistik") gekommen. Daher ist der Umstieg auf eine explizit monistische Krankenhausfinanzierung mit einer konsequent leistungsorientierten Investitionsfinanzierung zu empfehlen (vgl. Kapitel 3.5).

Sollte eine Umstellung auf eine explizit monistische Krankenhausfinanzierung, wie die Autoren vorschlagen, politisch jedoch nicht durchsetzbar sein, so sollte alternativ erwogen werden, dass die Bundesländer zumindest an der Finanzierung des mit einer Zweckbindung versehenen Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds beteiligt werden. So könnte Fehlanreizen entgegen gewirkt werden, sich seiner Finanzierungsverantwortung zu entziehen und eine ordnungspolitisch verfehlte Subventionierung von Länderhaushalten aus Beitragsmitteln zu betreiben. Darüber hinaus würde nicht zuletzt mit Blick auf die föderalen Entscheidungsprozesse auch das Interesse erhalten, Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich, die als Folge effizienzfeindlicher Organisations- und Anreizstrukturen beziehungsweise eines fehlenden Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Krankenkassen andererseits entstehen, entgegenzutreten, da diese sich auch auf den Bundeszuschuss auswirken würden.

7 Tabellenanhang

Tabelle 5: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen des Kartellverbotes¹⁸⁶

Kartellverfahren		
Datum	Aktenzeichen	Inhalt
Krankenkassen		
Bislang keine Verfahren.		
Krankenhäuser		
Bislang keine Verfahren.		
Pharmasektor¹⁸⁷		
28.08.2006	B 3 - 129/03	Großhandel mit Arzneimitteln; Kartellordnungswidrigkeitenverfahren gegen Pharmagroßhändler

Quelle: DIW

¹⁸⁶ Hier wie im Folgenden werden nur abgeschlossene Verfahren berücksichtigt, falls nicht anders ausgewiesen. Gleichfalls sind hier wie im Folgenden nur die Jahre ab 1990 untersucht worden. Die Verfügbarkeit der einzelnen Verfahren ist unterschiedlich. Erstens sind Unterlagen teilweise der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Zweitens werden einige Verfahren, z. B. Freigaben im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle, nicht immer vom Bundeskartellamt angezeigt. Drittens ist eine Einsicht in nicht elektronisch verfügbare, lange zurück liegende Verfahren teilweise nicht möglich. Die jeweiligen Auflistungen erheben daher nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, enthalten aber alle wichtigen, relevanten Fälle.

¹⁸⁷ Die Abgrenzung des Pharmabereiches gegenüber den angrenzenden Bereichen Chemie, Biotechnik, Biochemie, Medizintechnik oder Elektronik wird von der Systematik des Bundeskartellamtes übernommen.

Tabelle 6: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle

Zusammenschlussverfahren		
Datum	Aktenzeichen	Inhalte
Krankenkassen		
29.01.2009	B 3 - 14/09	BKK Allianz / KKH; Freigabe
29.01.2009	B 3 - 15/09	Vereinigte IKK / Signal Iduna BKK; Freigabe
Niedergelassener Ärztebereich		
Bislang keine Verfahren.		
Krankenhäuser¹⁸⁸		
19.6.2009	N.N.	Gesundheit Hessen Holding / Gesundheitsholding Werra-Meißner, Untersagung, aktuell noch nicht rechtskräftig!
12.5.2009	B 3 – 194/07	Entflechtungsverfahren UK Tübingen / AöR (Tübingen) / Landhreis Zollernalbkreis; Androhung einer Entflechtung
08.01.2009	B 3 – 174/08	Uni-Klinikum Freiburg / Herz-Zentrum Bad Krozingen
06.06.2007	B 3 - 6/07	Untersagung des Zusammenschlusses von Krankenhäusern im Stadtstaat Hamburg; Freigabe
10.05.2007	B 3 – 85110-Fa-587/06	Klinikum Region Hannover / Landeskrankenhaus Wunstorf, Freigabe mit Nebenbestimmungen
13.12.2006	B 3 - 1003/06	Ermittlung des Schwellenwertes; Beurteilung der räumlichen Marktabgrenzung
13.12.2006	B3 - 1001/06	Klinikum Region Hannover
11.12.2006	B3 - 1002/06	Universitätsklinikum Greifswald / Kreiskrankenhaus Wolgast, Untersagung
07.09.2006	B3 - 1000/06	Helios / Humaine
06.06.2006	B 10 – 024/06	Marienhäuser GmbH / Krankenhaus Ottweiler, Kinderklinik Kohlhof
08.03.2006	B 10 – 90-05	AKK GmbH / AKK Verein, Freigabe mit Auflage
20.01.2006	B 10 - 69/05	Kliniken Chemnitz / Landkreis Mittlerer Erzgebirgskreis
06.06.2006	B 10 - 024/06	Zusammenschlussvorhaben zwischen Marienhäuser/ctt und KLN

¹⁸⁸ Die den aufgeführten Zusammenschlussfällen potenziell anhängigen Ministererlaubnisverfahren und Beschwerden beim OLG sind nicht aufgelistet.

08.03.2006	B 10 - 090/05	Fusionskontrolle für ein Zusammenschlussvorhaben der öffentlichen Hand: Geplante Übernahme eines Kinderkrankenhauses durch der Hansestadt Hamburg als Krankenhausträger; sachliche Marktabgrenzung; Umsatzberechnung als Kriterium für eine marktbeherrschende Stellung der Hansestadt Hamburg; Freigabe des Vorhabens trotz Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung unter Veräußerungsaufgabe
16.12.2005	B 10 - 70/05	Klinikum Nürnberg / Krankenhausgesellschaft des Landkreises Nürnberger Land
28.04.2005	B10 - 161/04	Asklepios Kliniken / LBK Hamburg
23.03.2005	B 10 - 109/04	Rhön Klinikum AG / Krankenhaus Eisenhüttenstadt
10.03.2005	B 10 - 123/04	Rhön Klinikum AG / Krankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt; Untersagung des Zusammenschlusses von Krankenhäusern wegen Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung des übernehmenden Klinik-Konzerns bei Ausschluss einer Sanierungsfusion
Pharmasektor		
08.02.2007	B 5 - 1003/06	Marktbeherrschung auf Grund einer nicht erkennbaren Mehrmarkenstrategie; Freigabe eines Auslandszusammenschlusses unter einer auflösenden Bedingung
07.12.2007	B 3 - 6/05	OTC – Arzneimittel OTC-Arzneimittel / Veranstaltungsreihe
23.08.2006	B 4 - 33101 - Fa - 91/06	Wettbewerbsbeschränkung durch Unternehmenszusammenschluss: Ankauf technologischer Vermögenswerte zu einem hohen Kaufpreis als Indiz für einen Zusammenschlusstatbestand; Verstärkung einer Unternehmensverbindung; Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung
13.08.2003	B 3 - 11/03	Freigabe eines Auslandszusammenschlusses wegen einer Minderheitsbeteiligung
18.01.2001	B3 - 59/01	Pharmagroßhandel; Untersagung
28.06.2000	B 7 - 118/00	Freigabe eines Zusammenschlussvorhabens eines Elektronikonzerns mit Auswirkungen auf benachbarten Märkten für Medizinische Informations- und Kommunikationstechnik und zusammenhängende Dienstleistungen
23.08.1993	B 3 - 474110 - U - 52/92	Marktabgrenzung und Marktstruktur bei Arzneimitteln; wettbewerbsbeschränkende Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung und der Spitzenstellung eines Einzelunternehmens innerhalb eine Oligopols durch Unternehmensübernahme

Quelle: DIW

Tabelle 7: Entscheidungen des Bundeskartellamtes im Rahmen der Missbrauchsaufsicht

Missbrauchsverfahren		
Datum	Aktenzeichen	Inhalt
Krankenkassen		
Bislang keine Verfahren.		
Niedergelassener Ärztenbereich		
Bislang keine Verfahren.		
Krankenhäuser		
Bislang keine Verfahren.		
Pharmasektor		
Bislang keine Verfahren.		

Quelle: DIW

Tabelle 8: Vergaberechtsverfahren

Vergaberechtsverfahren insgesamt		
Datum	Aktenzeichen	Inhalt
19.12.2008	VK 1 – 174/08	Hilfsmittelverträge im Sinne von § 127 Abs. 1 SGB V; bestandskräftiger Beschluss
16.12.2008	VK 1 – 156/08	Hilfsmittelverträge im Sinne von § 127 Abs. 1 SGB V; Beschwerdeverfahren eingeleitet
19.11.2008	VK 1 – 135/08	Abschluss von Rahmenrabattverträgen; bestandskräftiger Beschluss
27.08.2008	VK 1 – 102/08	Vertrag über die Versorgung mit Inkontinenzartikeln gemäß § 127 SGB V; bestandskräftiger Beschluss
03.07.2008	VK 2 – 73/08	Abschluss über Rabattkooperationen nach § 130a Abs. 8 SGB V über THF-Alpha-Blocker; Beschwerdeverfahren eingeleitet
21.05.2008	VK 2 – 40/08	Versorgung der Patienten der KKH; Beschwerdeverfahren eingeleitet
10.04.2008	VK 2 – 37/08	Rabattausschreibung für Arzneimittel; Beschwerdeverfahren eingeleitet
08.02.2008	VK 2 – 156/07	Aufsaugende Inkontinenzartikel; Beschwerdeverfahren eingeleitet
08.02.2008	VK 3 – 29/08	Beschaffung aufsaugender Inkontinenzartikel; bestandskräftiger Beschluss
07.02.2008	VK 3 – 169/08	Beschaffung aufsaugender Inkontinenzartikel; Beschwerdeverfahren eingeleitet
05.02.2008	VK 3 – 8/08	Beschaffung aufsaugender Inkontinenzartikel; bestandskräftiger Beschluss
05.02.2008	VK 3 – 23/08	Beschaffung aufsaugender Inkontinenzartikel; bestandskräftiger Beschluss
05.02.2008	VK 3 – 17/08	Beschaffung aufsaugender Inkontinenzartikel; bestandskräftiger Beschluss
23.01.2008	VK 3 – 11/08	Aufsaugende Inkontinenzartikel; bestandskräftiger Beschluss
09.01.2008	VK 3 – 145/07	Beschaffung von... für eine gesetzliche Krankenkasse; Rahmenverträge einer Krankenkasse; bestandskräftiger Beschluss
18.12.2007	VK 3 – 139/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V für Festbetragsarzneimittel; bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 102/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 105/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 108/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs.

Vergaberechtsverfahren insgesamt

		8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 114/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 117/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 120/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
15.11.2007	VK 2 – 123/07	Rabattvertragsausschreibung gemäß § 130a Abs. 8 SGB V; nicht bestandskräftiger Beschluss
14.11.2007	VK 2 – 124/07	Ausschreibung von Rabattvereinbarungen für die Belieferung der... Vertragsarztpraxen; nicht bestandskräftiger Beschluss
14.09.2007	VK 1 – 101/07	Rahmenvertrag über die Versorgung mit wieder verwendbaren Hilfsmitteln; Beschwerdeverfahren eingeleitet
31.08.2007	VK 1 - 92/07	Rahmenvertrag über die Versorgung mit wieder verwendbaren Hilfsmitteln; bestandskräftiger Beschluss
09.05.2007	VK 1 - 26/07	Versorgung mit wieder verwendbaren Hilfsmitteln; Rechtliche Einordnung einer gesetzlichen Betriebskrankenkasse als öffentlicher Auftraggeber; Beschwerdeverfahren eingeleitet
12.03.2003	VK 1 - 03/03	Acht Intensivtransportsysteme und vier Rettungstragesysteme; Nachprüfungsantrag zurück gewiesen
01.02.2001	VK 2 - 44/00	Belegungszusagen für stationäre psychosomatische und psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen; Abgrenzung eines Andienungsverfahrens von einem konkreten Vergabeverfahren; Rechtswegzuständigkeit der Zivilgerichte für einen vorbeugenden Unterlassungsantrag; Nachprüfungsantrag zurück gewiesen

Quelle: DIW

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
2. NOG	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AGnES	Arztentlastende, gemeindenahе, E-Health-gestützte, systemische Intervention
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ATA	Anästhesietechnische Assistenten
AVR	Arzneiverordnungsreport
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKartA	Bundeskartellamt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Bundespflegesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH
BBSichG	Beitragssatzsicherungsgesetz
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache

Abkürzung	Erläuterung
CT	Computer-Tomografie
CTA	Chirurgisch Technische Assistenten
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DALE	Disability adjusted life expectancy
DDD	Defined Daily Doses (definierte Tagesdosen)
DEA	Dateneinhüllanalyse
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DMP	Disease Management Programm
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen
EBITDA-Margen	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
EK	Ersatzkasse
EPA	Elektronische Patientenakte
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FES	Friedrich-Ebert-Stiftung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Abkürzung	Erläuterung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HALE	Healthy life expectancy
HZV	hausarztzentrierte Versorgung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG 3-Statistik	Statistik zur gesetzlichen Krankenversicherung: Abrechnungsfälle ärztlicher u. zahnärztlicher Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorgefälle
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KKP	Kaufkraftparitäten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MRT	Magnetresonanz-Tomografie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OLG	Oberlandesgericht
OPEC	Organisation erdölexportierender Länder
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OTA	Operationstechnische Assistenten

Abkürzung	Erläuterung
OTC	Over-the-counter (apotheken-, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel)
PDA	Personal Digital Assistant
PKV	Private Krankenversicherung
QSR	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten
RSA	Risikostrukturausgleich
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
SOEP	Sozioökonomisches Panel
StaBu	Statistisches Bundesamt
SUF	Scientific-Use-Files
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
SVR-G	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZVEI	Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Fürstenberg T, Loos S (2008): Budgetbereinigung infolge von Selektivverträgen in der GKV, in: Die Ersatzkasse 2/2008, S. 67-68.
- Amelung VE, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherley JN (2008): Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, 2. Aufl., Berlin.
- Amelung VE, Weatherly JN, Deimel D, Reuter W, van Rooij N (2009): Managed Care in Europa, Berlin.
- Andersen HH, Grabka MM (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997-2004, Profile - Trends - Perspektiven, in: Göppfarth D et al. (Hg): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin; S. 145-189.
- Andersen HH, Grabka MM, Schwarze J (2007): Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform, Eine empirische Analyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 227/5+6, S. 429-450.
- Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V (2003): It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries, Health Affairs 22 (3), S. 89-105
- AQUA-Institut (2008): Presseerklärung: Evaluation von Hausarztverträgen der Ersatzkassen. Erste Zwischenbilanz in fünf Regionen. Aktualisierte Version vom 18.02.2008; www.aqua-institut.de/aqua/upload/AKTUELL/2008/AQUA_Presseerklaerung_HZV-Eval_2008-01-11_aktualisiert.pdf (Zugriff 3.2.2009)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2008): Stellungnahme zu „Cost-Sharing-Initiativen“ und „Risk-Share-Verträgen“ zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen bzw. Kliniken, Berlin, den 08.05.2008.
- Ärzte Zeitung (2007): Osteoporose-Hersteller gibt eine Qualitätsgarantie, Nr. 189 vom 29.10.2007, S. 7.
- Ärzte Zeitung (2009): Jetzt beginnt der Wettkampf zwischen Hausarztverträgen, 04.03.2009, S. 6.
- Ärzte-Zeitung (2009a): Ärzte und Hersteller werden Kostenkeule der Kassen spüren, 06.02.2009, S. 7.
- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz, C (2009): Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI-Materialien, Heft 52, RWI, Essen.
- Baumann M (2006): Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung - Beiträge zur effizienten Leistungserbringung im Gesundheitswesen? Eine institutionen-ökonomische Analyse, Bayreuth.
- Bechtold R (2006): Kartellgesetz Kommentar, 4. Aufl., Verlag C.H. Beck, München.

- Beivers A, Minartz C (2009): Ärztemangel in strukturschwachen Regionen. Zukunftsorientierte Lösungsansätze über die Sektorengrenzen hinweg, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, 50. Jg., Nr. S. 37-43.
- Benz U, Fetzner S (2004): Was sind gute Nachhaltigkeitsindikatoren? OECD-Methode und Generationenbilanzierung im empirischen Vergleich, Diskussionsbeiträge 117/04, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.
- Bertelsmann Stiftung (2007): Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung. Neue Versorgungs- und Versicherungsformen in der GKV: Wer kennt sie und wer nutzt sie? Gesundheitsmonitor 2 2007.
- Blum K, Offermanns M, Perner, P (2009): Nur wenige Kliniken erbringen ambulante Leistungen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f & w), 26. Jg., Nr. 1, S. 52-54.
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (2005): Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin.
- BMF – Bundesministerium der Finanzen (2008): Zweiter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin.
- BMGS (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.
- Böcken, J (2008): Hausarztmodelle im Spannungsfeld zwischen ordnungspolitischem Anspruch und Versorgungsqualität, in: Böcken, Jan, Braun, Bernhard und Amhof, Robert (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Gütersloh, S. 105-121.
- Braun GE, Gröbner M, Seitz R (2008): Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13. Jg., Heft 6, S. 358-364.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.
- Brügelmann R, Tröger M (2007): Die deutsche Finanzverfassung, in: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Föderalismus in Deutschland. Ökonomische Analyse und Reformbedarf, Köln, S. 45-82.
- Bundeskartellamt (BKartA; 2006): Stellungnahme des Bundeskartellamtes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV.
- Bundestag-Drucksache 16/10609 vom 15.10.2008, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss).
- Bundestag-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006.
- Bungenberg M (2008): Schwerpunkte der Vergaberechtspraxis, Wirtschaft und Wettbewerb, Jg. 58, H. 7/8, S. 796-814.
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, vorgelegt im Juli 2006.

- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (Hg) (2008): Vertragswettbewerb in der GKV, Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Wido Eigenverlag, Bonn.
- Cassel D, Wille E (2006): Markt- und wettbewerbstheoretische Analyse der Regulierung des GKV-Arzneimittelmarktes, in: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) et al., Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2. Juni 2006, S. 381-455.
- Cassel D, Wille E (2008): Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktes, Kernelemente eines Reformkonzepts zur wettbewerblichen Steuerung der GKV-Arzneimittelversorgung, in: Wille E, Cassel D, Ulrich V: Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. vom 24. Oktober 2008.
- Cischinsky H (2007): Lebenserwartung, Morbidität und Gesundheitsausgaben, Frankfurt et al.
- de Fontenay CC, Gans JS (2003): "Organizational Design and Technology Choice under Intrafirm Bargaining: Comment", *American Economic Review* 93: 448-455.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hg) (2002): Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140a bis h SGB V, Materialsammlung.
- Die Bundesregierung (2008): Fortschrittsbericht 2008 zur nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Für ein nachhaltiges Deutschland, Niestetal.
- Dietz U (2008): Kurze Geschichte der Arzneimittel Rabattverträge und Mutmaßungen über die weitere Entwicklung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 62. Jg., Heft 4, S. 41-47.
- Dobson P, Inderst R (2007): Differential buyer power and the waterbed effect: Do strong buyers benefit or harm consumers? *European Competition Law Review* 28, S. 393-400.
- Ecker T, Preuß K-J, Roski R (2008): Handbuch Direktverträge - Nachhaltige Vertragsstrategien im Gesundheitswesen, Handelsblatt-Verlag, Reihe Marketing Management.
- Eikötter T, Greiner W (2008): Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 13. Jg., Heft 1, S. 25-31.
- Ernst S (2008): Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Erfolgsfaktoren und Strategien, Baden-Baden.
- European Commission (2008): Pharmaceutical Sector Inquiry, Preliminary Report, DG Competition Staff Working Paper, Brüssel.
[<http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/index.html>]
- Fleßa S, Wendler L (2008): Praxisnetze in Deutschland. Aktuelle Übersicht und Strukturmerkmale ausgewählter Praxisnetze, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 13. Jg., Heft 3, S. 154-159.
- Fraktionen der CDU/CSU und SPD (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbs-

- stärkungsgesetz-GKV-WSG), Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006.
- Garber AM, McClellan MB (2007): Satisfaction Guaranteed - „Payment by Results“, for Biologic Agents, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 357, S. 1575-1577.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2006): Akupunktur zur Behandlung von Rücken- und Knieschmerzen wird Kassenleistung vom 18.4.2006.
- Graf C (2008): Verbesserung der Chronikerversorgung: Welchen Einfluss haben DMP und Hausarztmodelle?, in: Böcken, Jan, Braun, Bernard und Amhof, Robert (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008*, a.a.O., S. 122-141.
- Hagist C, Moog S, Raffelhüschen B (2008): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Update 2008: Migration und Nachhaltigkeit. No. 30 – August 2008. Diskussionsbeiträge, Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwig-Universität Freiburg im Breisgau.
- Haucap J, Müller F, Wey C (2005): How to Reduce Conflicts over International Antitrust?, in: Voigt, S., Albert, M. und D. Schmidtchen (Hg.): *International Conflict Resolution, Conferences on New Political Economy*, Vol. 23, Mohr Siebeck: Tübingen, S. 307-338.
- Häussler B, Berger U (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Baden-Baden.
- Häussler B, Höer A, Hempel E, Storz P (2008): *Arzneimittel-Atlas 2008. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*. Urban und Vogel, München.
- Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M, Schwartz FW, Witzenrath W (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparungscontractings, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 5-6, S. 11-29.
- Heyer C (2009): Bundesweit erster 73c-Vertrag ausgeschrieben. (www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_krankenkassen_aok_123427848022.htm Zugriff 2.3.2009)
- Hildebrandt H, Kolzau T, Bischoff-Everding C (2008): Forschungs- und Entwicklungspflicht als Nachfolger der Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung ?, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Bd. 14, Heft 1, S. 11-14.
- Inderst R (2007): Leveraging buyer power, *International Journal of Industrial Organization*, 25, S. 908–924.
- Inderst R, Shaffer G (2007): Retail Mergers, Buyer Power, and Product Variety, *Economic Journal*.
- Inderst R, Valletti T (2008): Buyer power and the ‘waterbed effect’, *CEIS Research Paper No. 107*.
- Inderst R, Wey C (2008): Die Wettbewerbsanalyse von Nachfragemacht aus verhandlungstheoretischer Sicht, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Bd. 9, Heft 4, S. 465-485.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES), Cassel D, Wille E, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo) (2006): *Steuerung der Arzneimittelausga-*

- ben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit Forschungsbericht des Bundesministers für Gesundheit, Gesundheitsforschung, Bd. 006, Berlin.
- Institut für Gesundheitsökonomik (2008): Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht, Institut für Gesundheitsökonomik (IfG), München, 08. Oktober 2008.
- Jachertz N (2007): Rhön-Klinikum AG. Cluster kollidieren mit Kartellrecht. Der Klinikkonzern strebt die flächendeckende Vollversorgung an, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 18, 4. Mai 2007, S. 1210-1212.
- Jensen M C (1986): Agency Costs of Free Cash Flow, Corporate Finance, and Takeovers, in: The American Economic Review, Vol. 76, No. 2, Papers and Proceedings, S. 323-329.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mai/Juni 2008. FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (www.kbv.de/12763.html, Zugriff am 2.3.2009)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008b): Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Stand: Juni 2008, Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008c): Medizinische Versorgungszentren aktuell. 2. Quartal 2008, Stand: Juni 2008, Berlin.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2007): „Risk-Share-Verträge“ zur Arzneimittelversorgung. Verordnung aktuell, Oktober 2007.
- Klemperer P (2005): Bidding Markets, Competition Commission, London, U.K.
- Knappe E (2008): Solidarisch oder risikoorientiert? Ohne Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen stimmt das Anreizsystem nicht, in: Gesellschaftliche Kommentare, 49. Jg., Sonderausgabe Nr. 2, S. 12-17.
- Knieps F (2008): Die Perspektive für das Gesundheitswesen, in: Versorgungsforschung 04/08, S. 24-28.
- Kötter C, Maßing E (2008): Wettbewerb im Hilfsmittelmarkt - Ausschreibungen abschreiben? in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4/2008, S. 48-52.
- Krishna V (2002): Auction Theory, Academic Press, London
- Kroll LE, Lampert T, Lange C, Ziese T (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Veröffentlichungsreihe der Forschergruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, Juli 2008.
- Lehmann H (2003): Managed Care – Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen, Zürich/Chur: Rüegger.
- Liessem V, Steinmeyer H-D, von Laer C (2007): Die Anwendbarkeit von Wettbewerbs- und Kartellrecht auf gesetzliche Krankenkassen, Beitrag des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung.
- Loh A, Simon, D, Kriston L, Härter M (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 104. Jg., Heft 21, S. A1483-A1488.

- Lüdtke-Handjery M (2008): Disease-Management-Programme im Morbi-RSA. Zukunftsfähiges Versorgungskonzept oder Auslaufmodell?, in: Die Krankenversicherung, 60 Jg., Nr.7/8, S.193-196.
- Malin E-M, Hernold P, König W (2009): Stolperstart in den Gesundheitsfonds: Zusatzbeitrag vornehmlich für Gesunde? Fehlsteuerung durch unsachgemäße Umsetzung des Morbi-RSA, in: Die BKK, 97. Jg., Heft 1, S. 8-16.
- Marcinko DE, Hetico HR (2006): Dictionary of Health Economics and Finance, New York.
- Markert K (2007): § 20 in Immenga/Mestmäcker (Hrsg.), Wettbewerbsrecht, C.H. Beck, München
- Martimort D (2006): An agency perspective on the costs and benefits of privatization, in: Journal of Regulatory Economics, Vol. 30, S. 5-44.
- McKinsey (2008): Why Americans pay more for health care, The McKinsey Quarterly, December 2008.
- Meyer D (2008): Markt – Staat – Wettbewerb in der Sozialwirtschaft, Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, 59. Jg., S. 115-140.
- MLP AG (2008): MLP Gesundheitsreport 2008, IfD-Umfrage 5244.
- Monopolkommission (2008): Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, 17. Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB, 2006/2007.
- Mörsch M (2005): Qualitätstransparenz für ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen, Frankfurt et al.
- Möschel W (2007): § 19 in Immenga/Mestmäcker (Hrsg.), Wettbewerbsrecht, C.H. Beck, München
- Mühlbacher A, Acherschott S (2007): Die Integrierte Versorgung, in: Wagner, Karin und Lenz Immo (Hrsg.), Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse, Stuttgart, S. 17-46.
- Mühlhausen K-H, Kimmel F-P (2008): Die gesetzliche Krankenversicherung zwischen Sozialrecht, Vergaberecht und Kartellrecht, G+S, 4/2008, S. 30-35.
- Müller H-A (2007): Die prosper-Modelle der Knappschaft. Die Erfahrung: IV hat viele Vorteile im Vergleich zur Regelversorgung, in: ku-Sonderheft Integrierte Versorgung, Ausgabe 10, S. 46 - 48.
- Müller H-A, Vössing C, Amelung VE (2007): Das Verbundsystem Knappschaft, in: Weatherly, John N. et al. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, a.a.O., S. 131 - 136.
- Niehaus F (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Köln.
- Oberender P, Linke C (2008): Die Anschubfinanzierung - der Motor für medizinische Leistungsstrukturinnovationen, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 14, Heft 4, S. 129-141.
- Pilgrim T, Ruff S (2009): Positive Deckungsbeiträge im Versorgungsmanagement: Welche Ansätze führen zum Ziel?, in: Beiträge zur Gesellschaftspolitik, 5-09, 2. April 2009.

- Rebscher H (2005): Perspektiven des solidarischen Gesundheitssystems, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, 46 Jg., Nr. 12, S. 6-9.
- Reinhardt UE (2006): The Pricing Of U.S. Hospital Services: Chaos Behind A Veil Of Secrecy, in: Health Affairs, 25 (1), S. 57-69.
- Reinhardt UE (2009): A More Rational Approach to Hospital Pricing, *Economix*, The New York Times, January 30th, 2009.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004): U.S. Health Care Spending In An International Context, in: Health Affairs, 23 (3), S. 10-25.
- Ribhegge H (2008): Zur Harmonie von Wettbewerbsrecht und Gesundheitspolitik, Discussion paper No. 269, Frankfurt (Oder).
- Rürup B (2006): Gesetzliche Krankenversicherung: Verwaltungskosten und Kassengröße. Aufsatz (www.bkk-mittelstandsoffensive.de/content/Studie_Ruerup_VWK_Kassengroesse%2031.05.06.pdf ; Zugriff 2.3.2009)
- Rürup B (2007): Was kostet Gesundheit in 2030, in: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 3/07, 10. Jahrgang, S. 22-29.
- Rürup B (2008): Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert, in: Die BKK, Nr. 02/2008, S. 80-85.
- Rürup B, Albrecht M (2008): Das deutsche Gesundheitswesen nach den Reformen von 2007, in: Merz F (Hg.): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Carl-Hanser Verlag, S. 122-147.
- Rürup B, Albrecht M, Igel C, Häußler B (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Rürup B, Wille E (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten vom 15. Juli 2004.
- Rürup, B (2007a): Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung, in: Ulrich V, Ried W (Hg), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, S. 181-203.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR-G) (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Bundestags-Drucksache 14/5661.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. 1, Stuttgart.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2007): Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen(SVR-G) (2009): Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2002): Jahresgutachten 2002/03, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2003): Jahresgutachten 2003/04, Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2005): Jahresgutachten 2005/06, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2006): Jahresgutachten 2006/07, Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2008): Jahresgutachten 2008/09, Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Wiesbaden.
- Schiller H (2008): Kollektiv- und Selektivvertrag: Zwei Vertragssysteme im Überblick, Bayrisches Ärzteblatt 2/2008, S. 82-83.
- Schmid E, Wambach V (2007): Das Praxisnetz Nürnberg Nord e.V. und die Qualität und Effizienz - QuEeG, in: Weatherly, John N. et al. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, a.a.O., S. 209-218.
- Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh, J (2008): In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008, in: Health Affairs, 13. November 2008, S. w1-w16.
- Schwartz M (1999): Buyer power concerns and the Aetna-Prudential merger. Paper presented at the 5th Annual Health Care Antitrust Forum, Northwestern University School of Law.
- Seiler R (2007): Die Schwarzwaldformel - das Modell "Gesundes Kinzigtal", in Weatherly, John N. et al. (Hrsg.), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, a.a.O., S. 139-147.
- Statistisches Bundesamt (2006a): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b): Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für die Bundesländer, auf Anfrage, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheit Ausgaben 1995 bis 2006, Wiesbaden.
- Stole LA, Zwiebel J (1996): "Organizational Design and Technology Choice under Intra-firm Bargaining", The American Economic Review 86: 195-222.
- Telgheder M (2009): Klagen verzögern AOK-Rabattverträge, Handelsblatt vom 11.2.2009.
- Thorenz A (2007): Case Management zur Optimierung der sektorübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al.
- Transparency International – Deutschland e. V. (Hg) (2008): Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention

- als gesellschaftliche Aufgabe, Grundsatzpapier von Transparency International, Stand Juni 2008, 5. Aufl.
- Tröger M (2007): Reform der Gewerbesteuer und Finanzausgleich, Frankfurt am Main.
- Tutt C (2006): Schwer kontrollierbare Kosten, Warum das deutsche Gesundheitswesen so teuer ist, in: Das Parlament Nr. 50 / 11.12.2006
<http://www.bundestag.de/dasparlament/2006/50/Thema/017.html>
- Verband der privaten Krankenversicherung (2007): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007, Köln.
- Wasem J, Buchner F, Wille E (2008): Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 272 SGB V). Gutachten im Auftrag der Bundesregierung, Essen, Feldkirchen und Mannheim, den 10. April 2008
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägell R, Amelung VE (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis, Berlin.
- Wiechmann M (2003): Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Wiegand B, Jung E, Heuzeroth V (2009): Die Integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfaden, Berlin.
- Wille E (2007): Die integrierte Versorgung: Stand und Entwicklungsperspektiven, in: Oberender, Peter und Straub, Christoph (Hrsg.), Auf der Suche nach der besseren Lösung. Festschrift zum 60. Geburtstag von Norbert Klusen, Baden-Baden, S. 81-94.
- Wille E (2008a): Der Wettbewerb als zielführendes Instrument im Gesundheitswesen, in: Wille, Eberhard und Knabner, Klaus (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen, Frankfurt et al., S. 7-21.
- Wille E (2008b): Korporativismus und Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem, in: Consilium der Bundeszahnärztekammer (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wettbewerb und Regulierung, Berlin et al., S. 1-12.
- Wille E (2009): Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung, in: Wille, Eberhard und Knabner, Klaus (Hrsg.), Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer, Frankfurt et al., S. 91-123.
- Wille E, Ulrich V, Schneider U (2007): Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, Eberhard, Ulrich, Volker und Schneider, Udo (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden, S. 15-67.
- Wissenschaftlicher Beirat – Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2001): Nachhaltigkeit in der Finanzpolitik – Konzepte für eine langfristige Orientierung öffentlicher Haushalte, Berlin.
- Wortmann M (2009): Der Streit um den Status der Krankenkassen soll in diesem Jahr entschieden werden, Ärztezeitschrift vom 4.2.2009.

Zeiner R (2008): Vertragswettbewerb und Modellvorhaben als strategische Optionen für Pharmaunternehmen, in: pharmind - Pharmazeutische Industrie, 70. Jg., Vol. 7, S. 817-824.

Zentner A, Garrido MV, Busse R (2008): Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin 18.12.2008.