

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

*Forschungsvorhaben für das
Bundesministerium der Finanzen*

Kurz- und Zusammenfassung

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.

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 Arztkontraktaten 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 starkem 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 kassenindividuelle 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 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.

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 die §§ 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.